



**ASP
PALERMO**
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
Sede legale: Via G. Cusmano, 24
90141 PALERMO
C.F. e P. I.V.A.: 05841760829
Dipartimento Cure Primarie
UOC MEDICINA LEGALE

INFORMATIVA CERTIFICAZIONI MONOCRATICHE MEDICO LEGALI

INTERDIZIONE DAL LAVORO PER GRAVIDANZA A RISCHIO

D. Lgs 26 marzo 2001, n. 151 art. 17 e ss.mm.ii.

IDONEITÀ PSICOFISICA PATENTE GRUPPO 1 (AM, A, B, BE)

D. Lgs n. 285/1992 n. 285 - D.P.R. n. 495/92 e ss.mm.ii.

IDONEITÀ PSICOFISICA PATENTE GRUPPO 2 (C, D, E, K)

D. Lgs n. 285/1992 n. 285 - D.P.R. n. 495/92 e ss.mm.ii.

IDONEITÀ PSICOFISICA PATENTE NAUTICA

D.M. n. 133/2024 e ss.mm.ii.

TEMPI DI REAZIONE SEMPLICI E COMPLESSI

D. Lgs n. 285/1992 n. 285 - D.P.R. n. 495/92 e ss.mm.ii.

IDONEITÀ PSICOFISICA PORTO D'ARMI (USO CACCIA, SPORT DEL TIRO A VOLO E DIFESA PERSONALE)

L. 323/1969; L. 157/1992; D.M. 28.04.1998e ss.mm.ii.

OPPURE

IDONEITÀ PSICOFISICA PER DETENZIONE DI ARMI

DM 28.04.1998, D.L. n.204 del 26.10.2010; D.L. n. 104 del 10.08.2018 e ss.mm.ii.

RILASCIO/RINNOVO DEL CONTRASSEGNO DI PARCHEGGIO PER PERSONE CON DISABILITÀ

D.P.R. 16 dicembre 1992 n.495 art. 381 e ss.mm.ii. D.P.R. 30 luglio 2012, n. 151 e ss.mm.ii.

D.P.R. 503/1996 art. 12 comma 3 e ss.mm.ii. (NON VEDENTI)

ESONERO DALL'OBBLIGO DELLE CINTURE DI SICUREZZA

D. Lgs n. 285/1992 art 172 e ss.mm.ii.

IDONEITÀ PSICOFISICA ALL'AFFIDAMENTO/ADOZIONE DI MINORI

L. 184/1983 art.22, comma 4 e ss.mm.ii.

- ✓ Il giorno della visita medico legale occorre portare con sé la documentazione sanitaria e amministrativa specifica per il certificato medico legale richiesto, come da informativa in allegato;
- ✓ Una volta esaminata la documentazione sanitaria ed effettuata la visita, il medico potrà eventualmente richiedere necessari approfondimenti diagnostici ai fini della valutazione del caso;
- ✓ Per le idoneità psico-fisiche relative alle patenti di guida, si chiede di prestare molta attenzione all'informativa, in quanto alcune patologie sono di esclusiva competenza della Commissione Medica Locale.
- ✓ Per ogni altra tipologia di accertamento o certificazione medico legale richiesta, si rimanda a quanto pubblicato sul sito internet dell'ASP Palermo nella pagina dedicata della UOC Medicina Legale e Fiscale.
https://www.asppalermo.org/amministrazione/unita_organizzativa/uoc-medicina-legale-e-fiscale/
- ✓ qualora impossibilitati a presentarsi a visita si prega di comunicare tempestivamente la disdetta a medicinalegale.pec@asppa.it.
- ✓ Il rilascio della certificazione medico legale richiesta è subordinato alla valutazione medico legale.
In mancanza dei requisiti sanitari per la certificazione richiesta sarà espresso formale diniego.

NOTA BENE: le visite di interdizione dal lavoro per gravidanza a rischio saranno gestite prioritariamente.

INTERDIZIONE DAL LAVORO PER GRAVIDANZA A RISCHIO

D. Lgs 26 marzo 2001, n. 151 art. 17 e ss.mm.ii.

L'interdizione dal lavoro per gravidanza a rischio, ai sensi dell'art. 17 del Decreto Legislativo 26 marzo 2001, n. 151 - *"Testo unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità, a norma dell'articolo 15 della legge 8 marzo 2000, n. 53"* deve essere riconosciuta **"nel caso di gravi complicanze della gravidanza o di persistenti forme morbose che si presume possano essere aggravate dallo stato di gravidanza"**, prima del periodo di astensione obbligatoria cui alla lettera a), comma 1, dell'articolo 16. Questa misura è pensata per tutelare la salute della madre e del bambino e gestire situazioni di rischio durante la gravidanza.

A CHI È RIVOLTO

Il certificato è rivolto alle lavoratrici, dipendenti o autonome, residenti o domiciliate nei comuni rientranti nel territorio dell'ASP Palermo che possono presentare la domanda di interdizione dal lavoro quando presentino gravi complicanze della gravidanza o preesistenti forme morbose che si presume possano essere aggravate dallo stato di gravidanza certificate da uno specialista in ginecologia.

Si precisa che, qualora i motivi di interdizione dal lavoro non siano correlati alle complicanze dello stato di gravidanza, ma siano riferibili a:

- condizioni di lavoro o ambientali pregiudizievoli alla salute della donna e del bambino;
- quando la lavoratrice non possa essere spostata ad altre mansioni;

la lavoratrice dovrà rivolgersi agli Uffici del Dipartimento Regionale del Lavoro.

COSA SERVE IL GIORNO DELLA VISITA

DOCUMENTAZIONE SANITARIA:

- certificato medico rilasciato da uno specialista in ginecologia in cui devono essere riportate le generalità della lavoratrice, lo stato di gravidanza, la data di ultima mestruazione, la settimana di gestazione alla data della visita, la data presunta del parto, le gravi complicanze della gestazione o le preesistenti forme morbose che si presume possono essere aggravate dallo stato di gravidanza, la prognosi.

Si precisa che per il rilascio del certificato che attesta la gravidanza a rischio, l'interessata può rivolgersi ad un ginecologo di struttura sanitaria pubblica/privata/convenzionata oppure ad un libero professionista.

DOCUMENTAZIONE AMMINISTRATIVA

- lettera di convocazione a visita medico legale
- documento di identità in originale e in copia
- codice fiscale in originale e in copia;

N.B. Qualora le condizioni patologiche che hanno determinato il rilascio del provvedimento di interdizione dal lavoro dovessero persistere, sarà necessario, previa acquisizione di ulteriore certificazione ginecologica, presentare una nuova richiesta di visita medico-legale.

RILASCIO A TITOLO GRATUITO

IDONEITÀ PSICOFISICA PATENTE GRUPPO 1 (AM, A, B)

D. Lgs n. 285/1992 n. 285 - D.P.R. n. 495/92 e ss.mm.ii.

Ai sensi dell'art. 119 del Decreto Legislativo n. 285 del 30 aprile 1992 (Codice della Strada) non può ottenere la patente di guida chi sia affetto da malattia fisica o psichica, deficienza organica o minorazione psichica, anatomica o funzionale tale da impedire di condurre con sicurezza veicoli a motore.

La visita medico legale è finalizzata all'accertamento dei requisiti fisici e psichici per il conseguimento o la conferma di validità/rinnovo della patente di guida, per età e per titolo abilitante (AM, A, B, BE).

A CHI È RIVOLTO

Questo tipo di accertamento medico legale è rivolto alla generalità dei cittadini che godono di buona salute, senza patologie gravi, per il conseguimento, la conferma di validità/rinnovo della patente di guida.

In caso di ritiro della patente o smarrimento occorre esibire in originale e produrre in copia la denuncia/verbale dell'Autorità.

COSA SERVE PER IL RINNOVO DELLA PATENTE GRUPPO 1 (AM, A, B)

DOCUMENTAZIONE SANITARIA (vedi tabella 1)

- se soggetto di età uguale o superiore a 80 anni: certificato anamnestico del medico curante, non antecedente a mesi tre (**ALLEGATO 2: Anamnestico Patenti di Guida**).

N.B. Se si utilizzano occhiali da vista o lenti a contatto per difetti di rifrazione è necessario portare gli occhiali

DOCUMENTAZIONE AMMINISTRATIVA

- lettera di convocazione a visita medico legale
- patente di guida in originale e in copia
- documento di identità in originale e in copia
- codice fiscale in originale e in copia
- n. 1 foto recente (non oltre mesi sei e si consiglia senza occhiali) formato tessera
- ricevuta di pagamento € **25,00** presso cassa ticket del distretto sanitario di appartenenza *oppure* bonifico bancario intestato a ASP Palermo IBAN IT39L0100504600000000218200 causale di versamento: visita medico legale relativa a (NOME E COGNOME)
- ricevuta di pagamento PagoPA codice tariffa **S160 (Regione Siciliana)**: € 16,00 (imposta di bollo) e € 10,20 (diritti di Motorizzazione) da generare autonomamente sul "Portale dell'automobilista" (vedi istruzioni)

COSA SERVE PER IL CONSEGUIMENTO DELLA PATENTE GRUPPO 1 (AM, A, B)

(conversione patente estera, declassamento da Gruppo 2 a Gruppo 1 oppure passaggio a categoria superiore da AM - A a B o duplicato)

DOCUMENTAZIONE SANITARIA (vedi tabella 1)

- certificato anamnestico del medico curante, non antecedente a mesi tre (**ALLEGATO 2: Anamnestico Patenti di Guida**).

N.B. Se si utilizzano occhiali da vista o lenti a contatto per difetti di rifrazione è necessario portare gli occhiali

DOCUMENTAZIONE AMMINISTRATIVA

- lettera di convocazione a visita medico legale
- documento di identità in originale e in copia
- codice fiscale in originale e in copia
- patente di guida, in originale e in copia, eventualmente in possesso
- n. 4 foto recenti (non oltre mesi sei e si consiglia senza occhiali) formato tessera (n. 1 per il certificato e n. 3 per la Motorizzazione)
- ricevuta di pagamento € **25,00** presso cassa ticket del distretto sanitario di appartenenza *oppure* bonifico bancario intestato a ASP Palermo IBAN IT39L0100504600000000218200 causale di versamento: visita medico legale relativa a (NOME E COGNOME)
- ricevuta di pagamento PagoPA codice tariffa **S019 (Regione Siciliana)**: € 16,00 (imposta di bollo) da generare autonomamente sul "Portale dell'automobilista" (vedi istruzioni)

IDONEITÀ PSICOFISICA PATENTE GRUPPO 2 (C, D, E, K)

D. Lgs n. 285/1992 n. 285 - D.P.R. n. 495/92 e ss.mm.ii.

Ai sensi dell'art. 119 del Decreto Legislativo n. 285 del 30 aprile 1992 (Codice della Strada) non può ottenere la patente di guida chi sia affetto da malattia fisica o psichica, deficienza organica o minorazione psichica, anatomica o funzionale tale da impedire di condurre con sicurezza veicoli a motore. La visita medico legale è finalizzata all'accertamento dei requisiti fisici e psichici per il conseguimento o la conferma di validità/rinnovo della patente di guida per età e per titolo abilitante (C, D, E, K)

A CHI È RIVOLTO

Questo tipo di accertamento medico legale è rivolto alla generalità dei cittadini che godono di buona salute, **senza patologie gravi**, per il conseguimento, la conferma di validità/rinnovo della patente di guida.

Limiti massimi di età per il rilascio del certificato medico in sede monocratica

- **Patenti C1, C, C1E, CE (Camion e Autocarri) fino a 65 anni**
- **Patenti D1, D, D1E, DE (Autobus e Persone) fino a 60 anni**
-

COSA SERVE PER IL RINNOVO GRUPPO 2 (C, D, E, K)

DOCUMENTAZIONE SANITARIA (vedi tabella 1)

N.B. Se si utilizzano occhiali da vista o lenti a contatto per difetti di rifrazione è necessario portare gli occhiali

DOCUMENTAZIONE AMMINISTRATIVA

- lettera di convocazione a visita medico legale
- patente di guida in originale e in copia
- documento di identità in originale e in copia
- codice fiscale in originale e in copia
- n. 1 foto recente (non oltre mesi sei e si consiglia senza occhiali) formato tessera
- ricevuta di pagamento **€ 40,00** presso cassa ticket del distretto sanitario di appartenenza *oppure* bonifico bancario intestato a ASP Palermo IBAN IT39L0100504600000000218200 causale di versamento: visita medico legale relativa a (NOME E COGNOME)
- ricevuta di pagamento PagoPA codice tariffa **S160 (Regione Siciliana)**: € 16,00 (imposta di bollo) e € 10,20 (diritti di Motorizzazione) da generare autonomamente sul "Portale dell'automobilista" (vedi istruzioni)

COSA SERVE PER IL CONSEGUIMENTO DELLA PATENTE GRUPPO 2 (C, D, E, K)

(conversione patente estera, passaggio a categoria superiore o duplicato)

DOCUMENTAZIONE SANITARIA (vedi tabella 1)

- certificato anamnestico del medico curante, non antecedente a mesi tre (**ALLEGATO 2: Anamnestico Patenti di Guida**).

N.B. Se si utilizzano occhiali da vista o lenti a contatto per difetti di rifrazione è necessario portare gli occhiali

DOCUMENTAZIONE AMMINISTRATIVA

- lettera di convocazione a visita medico legale
- documento di identità in originale e in copia
- codice fiscale in originale e in copia
- patente di guida, in originale e in copia, eventualmente in possesso
- n. 1 foto recente (non oltre mesi sei e si consiglia senza occhiali) formato tessera
- ricevuta di pagamento **€ 40,00** presso cassa ticket del distretto sanitario di appartenenza *oppure* bonifico bancario intestato a ASP Palermo IBAN IT39L0100504600000000218200 causale di versamento: visita medico legale relativa a (NOME E COGNOME)
- ricevuta di pagamento PagoPA codice tariffa **S019 (Regione Siciliana)**: € 16,00 (imposta di bollo) da generare autonomamente sul "Portale dell'automobilista" (vedi istruzioni)

IDONEITÀ PSICOFISICA PATENTE NAUTICA

D.M. n. 133/2024 e ss.mm.ii.

Ai fini del rilascio del certificato di idoneità psicofisica per il conseguimento o la convalida della Patente Nautica.

Categoria A: abilitazione al comando di natanti, imbarcazioni da diporto e moto d'acqua;

Categoria B: abilitazione al comando di navi da diporto;

Categoria C: abilitazione alla direzione nautica di natanti e imbarcazioni da diporto;

Categoria D: abilitazione speciale al comando di natanti e imbarcazioni da diporto e moto d'acqua.

Le patenti nautiche di categoria D sono abilitazioni speciali:

a) per il comando e la condotta di natanti e imbarcazioni da diporto, nonché di moto d'acqua, se di tipo D1. Le **patenti nautiche di categoria D, tipo D1**, sono rilasciate ai soggetti in possesso dei requisiti psichici e fisici di cui all'allegato I, paragrafi 1, 2 e 5, che abbiano compiuto il sedicesimo anno di età, come dettagliato nelle tabelle sottostanti. Fino al compimento del diciottesimo anno di età, la patente di categoria D, tipo D1, è limitata al comando di natanti da diporto e moto d'acqua.

b) per il comando e la condotta di natanti e imbarcazioni da diporto, se di tipo D2. Le **patenti nautiche di categoria D, tipo D2**, sono rilasciate ai soggetti che non possiedono i requisiti per il conseguimento o la convalida delle patenti nautiche di categoria A, B, D, tipo D1, possono conseguire la patente nautica di categoria D, tipo D2, o riclassificare la patente nautica posseduta nella categoria D, tipo D2, qualora, le condizioni presentate siano compatibili con la sicurezza della navigazione e la salvaguardia della vita umana in mare. Gli accertamenti medici di idoneità psicofisica per il conseguimento/convalida della patente di tipo D2 verranno svolti dalla Commissione Medica Locale.

I requisiti per l'idoneità al conseguimento o alla convalida della **patente nautica di categoria C**, abilitante alla sola direzione nautica di natanti o imbarcazioni da diporto, sono accertati dalla Commissione Medica Locale.

COSA SERVE PER IL RINNOVO PATENTE NAUTICA

DOCUMENTAZIONE SANITARIA (vedi tabella 1)

N.B. Se si utilizzano occhiali da vista o lenti a contatto per difetti di rifrazione è necessario portare gli occhiali

DOCUMENTAZIONE AMMINISTRATIVA

- lettera di convocazione a visita medico legale
- patente nautica in originale e in copia
- documento di identità in originale e in copia
- codice fiscale in originale e in copia
- n. 1 foto recente (non oltre mesi sei e si consiglia senza occhiali) formato tessera
- ricevuta di pagamento **€ 40,00** presso cassa ticket del distretto sanitario di appartenenza *oppure* bonifico bancario intestato a ASP Palermo IBAN IT39L0100504600000000218200 causale di versamento: visita medico legale relativa a (NOME E COGNOME)
- marca da bollo fisica da **€ 16,00**
-

COSA SERVE PER IL CONSEGUIMENTO DELLA PATENTE NAUTICA

DOCUMENTAZIONE SANITARIA (vedi tabella 1)

- certificato anamnestico del medico curante, non antecedente a mesi tre (**ALLEGATO 2: Anamnestico Patenti di Guida**).

N.B. Se si utilizzano occhiali da vista o lenti a contatto per difetti di rifrazione è necessario portare gli occhiali

DOCUMENTAZIONE AMMINISTRATIVA

- lettera di convocazione a visita medico legale
- documento di identità in originale e in copia
- codice fiscale in originale e in copia
- n. 1 foto recente (non oltre mesi sei e si consiglia senza occhiali) formato tessera
- ricevuta di pagamento **€ 40,00** presso cassa ticket del distretto sanitario di appartenenza *oppure* bonifico bancario intestato a ASP Palermo IBAN IT39L0100504600000000218200 causale di versamento: visita medico legale relativa a (NOME E COGNOME)
- marca da bollo fisica da **€ 16,00**

Tabella 1: DOCUMENTAZIONE SANITARIA E VISITE SPECIALISTICHE PER PATOLOGIA	
PATOLOGIE	VISITE SPECIALISTICHE E DOCUMENTAZIONE SANITARIA DA PRESENTARE IN SEDE DI VISITA PRESSO AMBULATORIO MEDICINA LEGALE
PATOLOGIE DELL'APPARATO VISIVO (monocolo organico o funzionale)	Visita oculistica attestante che la visione monocolare esiste da un periodo di tempo sufficientemente lungo (almeno sei mesi) ed esame del campo visivo.
PATOLOGIE CARDIOVASCOLARI	Visita cardiologica con ECG, indicazione dello stato di compenso e indicazione, ove prevista, della classe NYHA. Se portatore di Pacemaker: o portatore di ICD (Defibrillatore cardiaco) la competenza è della Commissione Medica Locale
DIABETE MELLITO	1. visita diabetologica redatta su modulo Ministeriale (ALLEGATO 5. Visita diabete)
EPILESSIA	La competenza è della Commissione Medica Locale
ALCOOL - SOSTANZE STUPEFACENTI	La competenza è della Commissione Medica Locale
MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO	La competenza è della Commissione Medica Locale
ESITI TRAUMI CRANICI	La competenza è della Commissione Medica Locale
SINDROME DELLE APNEE OSTRUTTIVE DEL SONNO (OSAS)	Visita pneumologica redatta su modulo Ministeriale (ALLEGATO 6. Visita OSAS) attestante un adeguato controllo della sintomatologia presentata con relativo miglioramento della sonnolenza diurna
MALATTIE PSICHICHE E USO DI PSICOFARMACI	La competenza è della Commissione Medica Locale
DIALISI O TRAPIANTO RENALE	La competenza è della Commissione Medica Locale
DEFICIT DELL'UDITO	In caso di uso di protesi: esame audiometrico + certificato del costruttore che attesti l'efficienza della protesi
ULTRA-OTTANTENNI (80 ANNI)	Certificato anamnestico del medico curante visita neurologica + visita cardiologica
INVALIDI CIVILI, DEL LAVORO O DI GUERRA O DI ALTRE COMMISSIONI MEDICHE	copia del verbale di visita con diagnosi

PAGAMENTO CON PAGOPA - ISTRUZIONI
- collegarsi, su internet, al PORTALE DEL TRASPORTO - cliccare in alto a destra su ACCEDI AL PORTALE - accedere immettendo le credenziali SPID o CIE (carta d'identità elettronica) - selezionare dal menù a tendina, presente nel lato sinistro ACCESSO AI SERVIZI - selezionare PAGAMENTO PRATICHE ONLINE PAGOPA - selezionare NUOVO PAGAMENTO - selezionare pratica: SICILIA RINNOVO PATENTE: - CODICE TARIFFA S160 BOLLI SIC € 16,00/€ 10,20 - oppure - CODICE TARIFFA S019 BOLLI SIC € 16,00 - selezionare AGGIUNGI PRATICA AL CARRELLO - CONFERMARE carrello - PROCEDERE AL PAGAMENTO ON LINE - STAMPARE RICEVUTA DI PAGAMENTO COMPLETA DI CODICE IUUV Al seguente link tutte le informazioni PagoPA per i cittadini https://www.pagopa.gov.it/it/cittadini/dove-pagare/

TEMPI DI REAZIONE SEMPLICI E COMPLESSI

D. Lgs n. 285/1992 n. 285 - D.P.R. n. 495/92 e ss.mm.ii.

Il certificato dei tempi di reazione a stimoli semplici e complessi, luminosi ed acustici può essere richiesto in quanto previsto dal regolamento di attuazione del Codice della Strada (D.P.R. 495/92 "Regolamento di esecuzione e di attuazione del nuovo codice della strada" art. 324) per il conseguimento, la conferma di validità o per la revisione della patente di guida per autoveicoli delle categorie C, D ed E e per le patenti speciali delle categorie C e D, ma anche per la patente nautica o dietro richiesta del medico monocratico o della Commissione Medica Locale Patenti.

COSA SERVE

L'utente dovrà produrre l'invito a visita presso la Commissione Medica Locale ed in questo caso gli oneri sono già compresi nei diritti di visita versati per la CML.

Se il certificato viene richiesto dal medico monocratico come approfondimento diagnostico, occorre produrre:

- ricevuta di pagamento **€ 25,00** presso cassa ticket del distretto sanitario di appartenenza *oppure* bonifico bancario intestato a ASP Palermo IBAN IT39L0100504600000000218200

causale di versamento: tempi di reazione semplici e complessi relativo a (NOME E COGNOME)

IDONEITÀ PSICOFISICA PORTO D'ARMI

(USO CACCIA, SPORT DEL TIRO A VOLO E DIFESA PERSONALE)

L. 323/1969; L. 157/1992; D.M. 28.04.1998 e ss.mm.ii.

IDONEITÀ PSICOFISICA PER DETENZIONE DI ARMI

DM 28.04.1998, D.L n.204 del 26.10.2010; D.L. n. 104 del 10.08.2018 e ss.mm.ii.

La visita medico legale è finalizzata all'accertamento dei requisiti psicofisici minimi per il rilascio ed il rinnovo dell'autorizzazione al porto di fucile per uso di caccia, prevista dalla legge 11 febbraio 1992, n. 157, ed al porto d'armi per l'esercizio dello sport del tiro al volo, prevista dalla legge 18 giugno 1969, n. 323; nonché, al porto d'armi per uso difesa personale, di cui all'art. 42 del regio decreto 18 giugno 1971, n. 773.

Inoltre è possibile chiedere l'idoneità psicofisica esclusivamente per la detenzione delle armi.

COSA SERVE

DOCUMENTAZIONE SANITARIA (vedi tabella 1)

- certificato anamnestico del medico curante, non antecedente a mesi tre (**ALLEGATO 3: Anamnestico Detenzione e Porto D'Armi**);
- visita psichiatrica (la visita psichiatrica verrà effettuata presso il Dipartimento di Salute Mentale ASP Palermo, dietro prescrizione del medico monocratico)

N.B. Se si utilizzano occhiali da vista o lenti a contatto per difetti di rifrazione è necessario portare gli occhiali

DOCUMENTAZIONE AMMINISTRATIVA

- lettera di convocazione a visita medico legale
- documento di identità in originale e in copia
- codice fiscale in originale e in copia
- ricevuta di pagamento **€ 25,00** presso cassa ticket del distretto sanitario di appartenenza *oppure* bonifico bancario intestato a ASP Palermo IBAN IT39L0100504600000000218200
causale di versamento: visita medico legale relativa a (NOME E COGNOME)
- marca da bollo fisica da € 16,00

RILASCIO/RINNOVO DEL CONTRASSEGNO DI PARCHEGGIO PER PERSONE CON DISABILITÀ

D.P.R. 16 dicembre 1992 n.495 art. 381 e ss.mm.ii. D.P.R. 30 luglio 2012, n. 151 e ss.mm.ii.

D.P.R. 503/1996 art. 12 comma 3 e ss.mm.ii. (NON VEDENTI)

Il possesso del requisito sanitario previsto dall'art. 381 del DPR 16 dicembre 1992 n.495 (modificato successivamente dal Decreto del Presidente della Repubblica 30 luglio 2012, n. 151) per il rilascio del "contrassegno di parcheggio per disabili", ovvero "**persone invalide con capacità di deambulazione impedita, o sensibilmente ridotta**", successivamente esteso anche alla categoria dei **non vedenti** (come prevede il DPR 503/1996 art. 12 comma 3).

La competenza medico legale si esaurisce con il rilascio della certificazione relativa ai requisiti sanitari per il contrassegno di parcheggio per disabili (DPR 495/1992, art. 381, commi 2, 3 e 4), mentre il rilascio di un adeguato spazio di sosta è di esclusiva competenza comunale.

Il Medico Legale non può esprimersi per l'"assegnazione di un adeguato spazio di sosta" (stallo).

COSA SERVE

DOCUMENTAZIONE SANITARIA

- ultimo verbale di invalidità civile e legge 104/1992 o certificato della condizione di disabilità (se in possesso).
- decreto di omologa del Giudice e C.T.U Medico Legale (in caso di riconoscimento dell'invalidità civile e della Legge 104/1992 in seguito a ricorso giudiziario);
- Invalidità INAIL o di guerra (se in possesso)
- Visite specialistiche recenti (non anteriore a mesi dodici) attestanti le patologie che limitano la capacità deambulatoria

DOCUMENTAZIONE AMMINISTRATIVA

- lettera di convocazione a visita medico legale
- documento di identità in originale e in copia
- codice fiscale in originale e in copia
- in caso di genitore affidatario, amministratore di sostegno o tutore legale si chiede di portare il provvedimento di Giudice

RILASCIO A TITOLO GRATUITO

ESONERO DALL'OBLIGO DELLE CINTURE DI SICUREZZA

D. Lgs n. 285/1992 art 172 e ss.mm.ii.

Accertamento medico legale attestante la sussistenza di patologie particolari o di condizioni fisiche che costituiscono controindicazione specifica all'uso dei dispositivi di ritenuta (art. 172 co. 8 lett. e).

Si ricorda che per le donne in stato di gravidanza, qualora siano presenti comprovate particolari condizioni di rischio conseguenti all'uso delle cinture di sicurezza, è sufficiente la certificazione redatta dal ginecologo curante (art. 172 co. 8 lett. f).

COSA SERVE

DOCUMENTAZIONE SANITARIA

- Visite specialistiche recenti (non antecedenti a mesi tre) attestanti le patologie che controindicano all'uso della cintura di sicurezza.

DOCUMENTAZIONE AMMINISTRATIVA

- lettera di convocazione a visita medico legale
- documento di identità in originale e in copia
- codice fiscale in originale e in copia
- in caso di genitore affidatario, amministratore di sostegno o tutore legale si chiede di portare il provvedimento del Giudice
- ricevuta di pagamento **€ 25,00** presso cassa ticket del distretto sanitario di appartenenza *oppure* bonifico bancario intestato a ASP Palermo IBAN IT39L0100504600000000218200 causale di versamento: visita medico legale relativa a (NOME E COGNOME)

In caso di soggetti di minore età è necessaria la presenza di un genitore.

IDONEITÀ PSICOFISICA ALL'AFFIDAMENTO/ADOZIONE DI MINORI

L. 184/1983 art.22, comma 4 e ss.mm.ii

Accertamento medico legale di idoneità psicofisica finalizzato ad escludere patologie tali da controindicare la funzione genitoriale, in quanto incidenti sulle prospettive di vita futura in termini quantitativi (permanenza in vita) e/o qualitativi (capacità di accudimento ed educative).

COSA SERVE

Il giorno della visita medico legale devono presentarsi entrambi i soggetti richiedenti l'affidamento/adozione del minore

DOCUMENTAZIONE SANITARIA

- certificato anamnestico del medico curante, non antecedente a mesi tre, attestante le condizioni psico-fisiche (ALLEGATO 1: Anamnestico Generico);
- esami di laboratorio di data non anteriore a mesi tre;
esame emocromo completo con formula e piastrine; glicemia; transaminasi epatiche, gamma glutamilttransferasi; azotemia e creatininemia; esame delle urine completo; marcatori dei virus dell'epatite B e C; ricerca dell'HIV; TPHA o RPR; intradermoreazione di Mantoux/Quantiferon).

N.B. **CODICE ESENZIONE TICKET I01** - si ricorda che tali esami sono in esenzione dal ticket ai sensi del DPCM 28.11.2013 e ss.mm.ii. in quanto inclusi nei Livelli Essenziali di Assistenza.

- documentazione sanitaria, in originale e in copia, relativa a visite specialistiche, esami strumentali, esami di laboratorio, verbali di invalidità

Ad esito della visita, il medico monocratico può chiedere eventuali approfondimenti diagnostici.

DOCUMENTAZIONE AMMINISTRATIVA

- lettera di convocazione a visita medico legale
- documento di identità in originale e in copia
- codice fiscale in originale e in copia
- richiesta dell'Ambasciata/Associazione/Tribunale

RILASCIO CERTIFICAZIONE A TITOLO GRATUITO

ALLEGATO 1: MODELLO ANAMNESTICO GENERICO

ALLEGATO 2: MODELLO ANAMNESTICO PER PATENTI DI GUIDA

ALLEGATO 3: MODELLO ANAMNESTICO PER DETENZIONE E PORTO D'ARMI

ALLEGATO 4: MODELLO ANAMNESTICO PER ADOZIONE/AFFIDAMENTO MINORI

ALLEGATO 5: VISITA PER DIABETE

ALLEGATO 6: VISITA PER OSAS

Certificato anamnestico da compilare a cura del medico curante
ai sensi dell'art. 25 della legge 23 dicembre 1978, n. 833

Si certificano i seguenti dati anamnestici relativi a:

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ (____) il ____/____/____ residente in _____

Via/Piazza _____ n. ____ Tel. _____ Tipo documento _____

Numero _____ rilasciata da _____ in data _____

(barrare la voce interessata)

Sussistono patologie dell'apparato cardiocircolatorio NO SI

Se SI quali? _____

Sussiste diabete? NO SI

Se SI specificare trattamento _____

Sussistono patologie della tiroide/surreni/pancreas/ ipofisi NO SI

Se SI quali? _____

Sussistono turbe e/o patologie psichiche già note NO SI

Se SI quali? _____

Soffre di patologie neurologiche? NO SI

Se SI quali? _____

Ha mai avuto crisi epilettiche (o convulsioni)? NO SI

Se SI indicare la data dell'ultima crisi e la terapia eseguita _____

Assume o ha assunto farmaci psicotropi (ad. es. antidepressivi, tranquillanti, barbiturici, altro)? NO SI

Se SI quali? _____

Fa uso o ha mai fatto uso di sostanze stupefacenti? NO SI

Se SI di che tipo? _____

Sussistono malattie del sangue? NO SI

Se SI quali? _____

Sussistono dell'apparato urogenitale? NO SI

Se SI quali? _____

Sussistono malattie e/o alterazioni dell'apparato visivo che comportino l'uso di occhiali da vista

o lenti a contatto? NO SI

Se SI quali? _____

Elencare eventuali condizioni morbose pregresse: _____

Il/La sottoscritto/a afferma di aver fornito al proprio medico dichiarazione veritiera in merito ai dati anamnestici di cui sopra, consapevole delle sanzioni a cui va incontro in caso di infedele dichiarazione.

Firma dell'interessato/a

Firma del Medico di fiducia e codice regionale
(Nome e Cognome, timbro)

Luogo e data, _____

Si certifica, sulla scorta dei dati anamnestici e clinici in mio possesso,
che il Sig./la Sig.ra

C.F.

da me in cura da più/da meno (cancellare la voce che non interessa) di un anno,

presenta/non presenta (cancellare la voce che non interessa) pregresse condizioni morbose

che possono costituire un rischio attuale alla guida, in riferimento a:

<u>Apparato cardio-circolatorio:</u> (se si, specificare diagnosi)	SI	NO
<u>Diabete mellito:</u>	SI	NO
<u>Sistema endocrino:</u> (se si, specificare diagnosi)	SI	NO
<u>Sistema neurologico:</u> (se si, specificare diagnosi)	SI	NO
<u>Patologie psichiche:</u> (se si, specificare diagnosi)	SI	NO
<u>Epilessia:</u>	SI	NO
<u>Condizioni di dipendenza da: alcol / sostanze stupefacenti e psicotrope:</u> (cancellare la voce che non interessa)	SI	NO
<u>Apparato uro-genitale:</u> Insufficienza renale grave	SI	NO
<u>Sangue ed organi emopoietici:</u> Sindromi emofiliche, linfomi o leucemie in trattamento (specificare)	SI	NO
<u>Apparato osteo-articolare:</u> gravi alterazioni anatomiche o funzionali	SI	NO
<u>Organi di senso:</u> gravi patologie visive evolutive	SI	NO

Data

Timbro del Medico

(con indicazione eventuale specializzazione posseduta
e numero regionale se medico di assistenza primaria)

Firma del Medico

.....

ALLEGATO 1

CERTIFICATO ANAMNESTICO PRELIMINARE PER IL SUCCESSIVO ACCERTAMENTO DELLE CONDIZIONI PSICOFISICHE PER IL RILASCIO DELL'AUTORIZZAZIONE AL PORTO DI FUCILE PER USO DI CACCIA ED ESERCIZIO DELLO SPORT DEL TIRO AL VOLO O AL PORTO D'ARMI PER USO DIFESA PERSONALE (da redigere da parte del medico di fiducia di cui all'art. 25 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 - Istituzione del Servizio sanitario nazionale).

Si certificano i seguenti dati anamnestici relativi a:

Cognome	Unità sanitaria locale n.....
Nome	Regione.....
Data e luogo di nascita	Numero tesserino assistito.....
Professione.....	

A) Malattie del sistema nervoso: (1)

No

Pregressa

In atto

Centrale

Periferico.....

Postumi invalidanti.....

Epilessia (2)

Altre

B) Turbe psichiche: (1)

No

Pregressa

In atto

Da malattie

Da traumatismi

Post-operatorie

Da ritardo mentale grave

Da psicosi

Dalla personalità

C) Sostanze psicoattive: (1)

No

Pregressa

In atto

Abuso di alcool

Uso di stupefacenti (3)

Uso di sostanze psicotrope (3)

Dipendenza da alcool

Dipendenza da stupefacenti

Dipendenza da sostanze psicotrope (3)

Il sottoscritto afferma di aver fornito al proprio medico dichiarazione veritiera in merito ai dati anamnestici di cui sopra, conscio delle sanzioni a cui va incontro in caso di infedele dichiarazione.

(Luogo e data del rilascio)

In fede, il dichiarante

In fede, il medico

Note per la corretta compilazione del certificato anamnestico:

(1) Barrare con essa X le caselle interessate.

(2) Indicare la data dell'ultima crisi avuta da soggetti epilettici.

(3) Specificare le modalità d'uso.

N.B. - Il presente certificato anamnestico è valido unicamente ai fini dell'accertamento dei requisiti psicofisici minimi per il rilascio dell'autorizzazione al porto di fucile per uso di caccia ed esercizio dello sport del tiro al volo o al porto d'armi per uso difesa personale.

Certificato del Medico Curante per l'idoneità sanitaria all'adozione

Il/la sottoscritto/a Dr. _____
Iscritto all'Ordine dei Medici di _____
Medico Curante del/la sig./ra _____ dal _____

DICHIARA

(specificare tutte le patologie attualmente presenti)

Che il sig./ra _____

- è affetto da patologie dell'apparato cardiocircolatorio (Sì) (No)
se Sì, indicare quali _____

assume terapia (Sì) (No)
se Sì, indicare quale e in che dosaggio _____

di essere stato ricoverato in ospedale (Sì) (No)
se Sì, indicare quando e per quanto tempo _____

Per tale patologia è in cura presso _____

- è affetto da patologie dell'apparato respiratorio (Sì) (No)
se Sì, indicare quali _____

tubercolosi (Sì) (No)
assume terapia (Sì) (No)
se Sì, indicare quale e in che dosaggio _____

di essere stato ricoverato in ospedale (Sì) (No)
se Sì, indicare quando e per quanto tempo _____

Per tale patologia è in cura presso _____

- è affetto da diabete (Sì) (No)
se Sì, specificare se insulinodipendente (Sì) (No)
compenso glicometabolico _____

complicanze _____

di essere stato ricoverato in ospedale (Sì) (No)
se Sì, indicare quando e per quanto tempo _____

Per tale patologia è in cura presso _____

- è affetto da altre patologie endocrine se Sì, indicare quali	(Sì)	(No)
assume terapia se Sì, indicare quale e in che dosaggio	(Sì)	(No)
di essere stato ricoverato in ospedale se Sì, indicare quando e per quanto tempo	(Sì)	(No)
Per tale patologia è in cura presso		
- è affetto da patologie psichiche se Sì, indicare quali	(Sì)	(No)
assume terapia se Sì, indicare quale e in che dosaggio	(Sì)	(No)
di essere stato ricoverato in ospedale se Sì, indicare quando e per quanto tempo	(Sì)	(No)
Per tale patologia è in cura presso		
- fa/ha fatto uso di sostanze psicoattive	(Sì)	(No)
abuso di alcool	(Sì)	(No)
uso di stupefacenti	(Sì)	(No)
uso di sostanze psicotrope	(Sì)	(No)
se Sì, specificare quali e con che modalità di assunzione		
di essere stato ricoverato in ospedale se Sì, indicare quando e per quanto tempo	(Sì)	(No)
Per tale patologia è in cura presso		
- è affetto da patologie del sistema nervoso se Sì, indicare quali	(Sì)	(No)
assume terapia se Sì, indicare quale e in che dosaggio	(Sì)	(No)
di essere stato ricoverato in ospedale se Sì, indicare quando e per quanto tempo	(Sì)	(No)
Per tale patologia è in cura presso		
- soffre di epilessia o ha manifestato crisi epilettiche se Sì, specificare con che frequenza e quando si è manifestata l'ultima	(Sì)	(No)
assume terapia se Sì, indicare quale e in che dosaggio	(Sì)	(No)
di essere stato ricoverato in ospedale se Sì, indicare quando e per quanto tempo	(Sì)	(No)

Per tale patologia è in cura presso

- è affetto da malattie ematologiche (Si) (No)
se Sì, indicare quali

assume terapia (Si) (No)
se Sì, indicare quale e in che dosaggio

di essere stato ricoverato in ospedale (Si) (No)
se Sì, indicare quando

Per tale patologia è in cura presso

- è affetto da malattie autoimmuni (Si) (No)
se Sì, indicare quali

assume terapia (Si) (No)
se Sì, indicare quale e in che dosaggio

di essere stato ricoverato in ospedale (Si) (No)
se Sì, indicare quando e per quanto tempo

Per tale patologia è in cura presso

- è affetto da malattie infettive (Si) (No)
se Sì, indicare quali

assume terapia (Si) (No)
se Sì, indicare quale e in che dosaggio

di essere stato ricoverato in ospedale (Si) (No)
se Sì, indicare quando e per quanto tempo

Per tale patologia è in cura presso

- è affetto da malattie gastrointestinali (Si) (No)
se Sì, indicare quali

assume terapia (Si) (No)
se Sì, indicare quale e in che dosaggio

di essere stato ricoverato in ospedale (Si) (No)
se Sì, indicare quando e per quanto tempo

Per tale patologia è in cura presso

- è affetto da malattie osteoarticolari	(Sì)	(No)
se Sì, indicare quali		
assume terapia	(Sì)	(No)
se Sì, indicare quale e in che dosaggio		
di essere stato ricoverato in ospedale	(Sì)	(No)
se Sì, indicare quando e per quanto tempo		
Per tale patologia è in cura presso		
- è affetto da patologie dell'apparato uro-genitale	(Sì)	(No)
se Sì, indicare quali		
assume terapia	(Sì)	(No)
se Sì, indicare quale in che dosaggio		
di essere stato ricoverato in ospedale	(Sì)	(No)
se Sì, indicare quando e per quanto tempo		
Per tale patologia è in cura presso		
- è affetto da patologie dell'apparato riproduttivo	(Sì)	(No)
se Sì, indicare quali		
assume terapia	(Sì)	(No)
se Sì, indicare quale e in che dosaggio		
di essere stato ricoverato in ospedale	(Sì)	(No)
se Sì, indicare quando e per quanto tempo		
Per tale patologia è in cura presso		
- è affetto da patologie di tipo oncologico	(Sì)	(No)
assume terapia	(Sì)	(No)
se Sì, indicare quale e in che dosaggio		
di essere stato ricoverato in ospedale	(Sì)	(No)
se Sì, indicare quando e per quanto tempo		
Per tale patologia è in cura presso		

Osservazioni clinico-anamnestiche

Tutto ciò premesso

sulla base dei dati anamnestici, clinici e strumentali in mio possesso il/la sig./ra

è esente da patologie fisiche e psichiche croniche o potenzialmente evolutive di tipo invalidante
(SI) (NO)

Data _____

Firma

Certificato Medico specialistico **Diabetologico** per patente di guida

(circ. Ministero della Salute – DGPREV - prot. n. 0017798-P del 25.07.2011)

Si certifica che il/la Sig./ la Sig.ra _____

nato/a a _____ il _____

è affetto/a da **Diabete Mellito** tipo _____ dal _____ in attuale terapia:

☐ nutrizionale ☐ ipoglicemizzanti orali ☐ Insulina ☐ ipoglicemizzanti orali + Insulina ☐ altro

specificare farmaci: _____

☐ che possono indurre ipoglicemie gravi ☐ che NON inducono ipoglicemie gravi

CRISI IPOGLICEMICHE NEGLI ULTIMI 12 MESI:

- Riferisce episodi di crisi ipoglicemiche gravi (che richiedono l'intervento di altra persona) e ricorrenti (almeno 2 episodi)

☐ SI ☐ NO

COMPLICANZE:

☐ Non presenta complicanze

☐ Presenta le seguenti complicanze:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| ☐ Retinopatia | ☐ non proliferante | ☐ proliferante | ☐ edema maculare |
| ☐ Neuropatia | ☐ autonoma | ☐ sensitivo-motoria | ☐ uso di farmaci specifici |
| ☐ Nefropatia | ☐ microalbuminuria | ☐ macroalbuminuria | ☐ I.R.C. |
| ☐ Complicanze cardiovascolari | ☐ TIA/Ictus | ☐ Cardiopatia ischemica | |
| | ☐ Angiopia arti inferiori clinicamente severa | | |

☐ Altro _____

GIUDIZIO sulla qualità del CONTROLLO GLICEMICO, riferito esclusivamente al giudizio di pericolosità alla guida:

☐ ADEGUATO ☐ NON ADEGUATO ☐ Ultimo valore HbA1c _____ del _____

GIUDIZIO complessivo circa la frequenza e la capacità di gestione delle ipoglicemie:

☐ Buono ☐ Accettabile ☐ Scarso

GIUDIZIO sul profilo attribuibile in relazione al RISCHIO PER LA SICUREZZA ALLA GUIDA

(limitatamente a quanto concerne la patologia diabetica e le complicanze riscontrate)

☐ **BASSO** si propone il rinnovo:

- ☐ 10 anni (conducente di età < 50 anni)
☐ 5 anni (conducente di età > 50 anni e < 70 anni)
☐ 3 anni (conducente di età > 70 anni)

☐ **MEDIO** si propone il rinnovo:

- ☐ 10 anni (conducente di età < 50 anni)
☐ 5 anni (conducente di età > 50 anni e < 70 anni)
☐ 3 anni (conducente di età > 70 anni)

☐ **ELEVATO**

- L'interessato dichiara di essere pienamente cosciente dei rischi connessi all'ipoglicemia ? SI ☐ NO ☐
- L'interessato dimostra di monitorare regolarmente la glicemia secondo il piano di cura ? SI ☐ NO ☐

(Luogo e data)

(Firma dell'interessato per presa visione e ritiro certificazione)

Firma e Timbro del Medico

(specialista in Diabetologia o disciplina equipollente, ai sensi del D.M. 30.1.1998 e s.m.i., operante presso strutture pubbliche o private accreditate)

Certificato Medico specialistico **Diabetologico** per patente di guida
Note per la compilazione della scheda di valutazione specialistica

(circ. Ministero della Salute – DGPREV - prot. n. 0017798-P del 25.07.2011)

Per la valutazione del profilo di rischio da attribuire ai soggetti diabetici in riferimento alla valutazione di pericolosità alla guida si individuano i seguenti criteri:

- 1) potrà essere considerato come controllo glicemico **ADEGUATO**, riferito esclusivamente al giudizio di pericolosità alla guida, un valore di emoglobina glicata <9.0%, non adeguato in caso di valori >9.0%;
- 2) per le valutazioni delle ipoglicemie dovranno essere tenuti presenti al fine di attribuzione del giudizio di **BUONO**, **ACCETTABILE** o **SCARSO** i seguenti parametri valutativi:
 - a) valutazione anamnestica della capacità del soggetto di avvertire l'ipoglicemia e gestirla precocemente e adeguatamente;
 - b) presenza/assenza di ipoglicemie gravi (che richiedono l'intervento di altra persona) e ricorrenti (almeno 2 episodi) riferite negli ultimi 12 mesi;
- 3) per formulare il giudizio sul rischio per la sicurezza alla guida, gli elementi che dovranno essere considerati sono:
 - a) per rientrare in un profilo di **RISCHIO BASSO**:
 - assenza di retinopatia
 - assenza di neuropatia
 - assenza di nefropatia
 - ipertensione ben controllata
 - assenza di ipoglicemie gravi e ricorrenti riferite negli ultimi 12 mesi
 - capacità del soggetto di avvertire l'ipoglicemia e gestirla precocemente e adeguatamente
 - controllo glicemico ADEGUATO
 - giudizio sull'ipoglicemia BUONO
 - b) per rientrare in un profilo di **RISCHIO MEDIO**:
 - USO DI FARMACI CHE POSSONO INDURRE IPOGLICEMIE GRAVI
 - retinopatia non proliferante o proliferante, se con buona conservazione del visus
 - neuropatia autonoma o sensitivo-motoria di grado lieve, se con buona conservazione della percezione sensitiva e delle capacità motorie, non trattata con farmaci specifici
 - nefropatia se solo con microalbuminuria o macroalbuminuria
 - ipertensione se ben controllata
 - cardiopatia ischemica se ben controllata
 - assenza di ipoglicemie gravi e ricorrenti riferite negli ultimi 12 mesi
 - capacità del soggetto di avvertire l'ipoglicemia e gestirla precocemente e adeguatamente
 - controllo glicemico NON ADEGUATO
 - giudizio sull'ipoglicemia ACCETTABILE
 - c) per rientrare in un profilo di **RISCHIO ELEVATO**:
 - retinopatia proliferante, con riduzione del visus
 - neuropatia autonoma o sensitivo-motoria grave, con perdita della percezione sensitiva e delle capacità motorie, trattata con farmaci specifici
 - nefropatia con insufficienza renale cronica
 - ipertensione non controllata, TIA/Ictus, ischemia cardiaca recente « 1 anno) o non ben controllata
 - ipoglicemie gravi e ricorrenti riferite negli ultimi 12 mesi
 - incapacità del soggetto di avvertire l'ipoglicemia e gestirla precocemente e adeguatamente
 - controllo glicemico NON ADEGUATO
 - giudizio sull'ipoglicemia SCARSO

-
- Il Certificato diabetologico NON deve essere stato rilasciato in data anteriore a **3 mesi**.
 - Per la redazione del certificato possono essere accettati esami strumentali e di laboratorio effettuati entro l'anno con l'eccezione della emoglobina glicata il cui referto NON deve essere superiore a **6 mesi**.

Relazione da compilare da parte dello specialista di struttura pubblica, che ha in cura il

Sig./ra.....

Nato/a il

per il rilascio o rinnovo della patente di guida

Risultati Polisonnografia o Monitoraggio cardiorespiratorio alla diagnosi:

AHI.....

Terapia praticata:

- ☐ ventilatore (CPAP, autoCPAP, Bilevel,)
- ☐ apparecchio endoorale di avanzamento mandibolare
- ☐ intervento chirurgico (ORL, maxillo-facciale, bariatrico)
- ☐ altra terapia

Compliance dimostrata alla terapia ☐ Buona ☐ Accettabile ☐ Insufficiente

Monitorata con

Sonnolenza diurna : ☐ Migliorata ☐ Non migliorata ☐ Assente

Valutata con.....

Giudizio complessivo efficacia della terapia praticata nel consentire condizioni continue di buona vigilanza diurna

- ☐ Efficace ☐ Non efficace ☐ Scarsamente efficace

Data.....

Firma dello Specialista.....

Note : Nei pazienti in terapia con CPAP (o altri ventilatori) o con apparecchio endoorale specificare i risultati del report dello strumento sui tempi di utilizzo.

Il giudizio sulla Compliance è da riferire all'aderenza alle prescrizioni terapeutiche impartite

