Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Ovest Milanese

## AUTODICHIARAZIONE ANAMNESTICA DELLE MALATTIE

di cui Il/la Sig./Sig.ra _____, nato/a _____ il _____/_____/____ residente a _____ Via _____ n. _____ cellulare_____ e-mail _____

## È RISULTATO/RISULTA AFFETTO

(da inviare tramite mail per la prenotazione della visita all'indirizzo: **commissionepatenti.ovestmi-rhodense@asst-ovestmi.it**)

| | | |
|---|---|---|
| Nella quotidianità ha **IN CORSO TERAPIE FARMACOLOGICHE DI QUALSIASI TIPO**? Se **SI**, specificare **QUALI FARMACI** e i **DOSAGGI**: _____ | SI | NO |
| Soffre o ha mai sofferto di **MALATTIE DELL'APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO**? (pressione alta anche se normalizzata da farmaci, pregresso infarto, angina, intervento cardochirurgico, intervento di by-pass, aneurisma, aritmie, impianto di pace maker o di defibrillatore (ICD), sostituzione valvolare aortica ecc.)? Se **SI**, **SPECIFICARE QUALI E DA QUANDO**: _____ | SI | NO |
| Soffre o ha mai sofferto di **RUSSAMENTO** rumoroso e abituale? Se **SI**, da quanto tempo: _____<br>Si addormenta frequentemente durante il giorno? | SI<br>SI | NO<br>NO |
| Soffre o ha mai sofferto di **SINDROME DELLE APNEE NOTTURNE**? Se **SI**, utilizza un dispositivo CPAP?<br>Da quando e per quante ore a notte: _____ | SI | NO |
| Soffre o ha mai sofferto di **MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO**? (insufficienza respiratoria cronica, enfisema polmonare, fibrosi polmonare, ecc.)? Se **SI**, quali e da quando: _____<br>È stata prescritta **ossigeno-terapia**? Da quando e quante ore al giorno: _____ | SI | NO |
| Soffre di **DIABETE MELLITO**? Se **SI**, specificare di quale tipo:<br>insulinodipendente □ non insulinodipendente □ | SI | NO |
| Soffre o ha mai sofferto, di **MALATTIE ENDOCRINE**? (della tiroide, dei surreni, dell'ipofisi, ecc.) Se **SI**, specificare quali e da quando: | SI | NO |
| Soffre o ha mai sofferto di **MALATTIE NEUROLOGICHE**? (morbo di Parkinson, emiparesi, ischemia cerebrale transitoria, ictus, sclerosi multipla, miastenia grave, neuropatia degli arti, decadimento cognitivo, stato di coma, ecc.) Se **SI**, specificare quali e da quando: | SI | NO |
| Soffre di **EPILESSIA** o ha mai manifestato **CRISI EPILETTICHE** (o convulsioni)? Se **SI**, specificare la data dell'ultima crisi e indicare la terapia assunta _____ | SI | NO |
| Soffre o ha mai sofferto di **MALATTIE DEL SANGUE O DEL FEGATO**? (anemia, leucemia, policitemia, piastrinopenia, epatite, cirrosi epatica, ecc.) Se **SI**, specificare quali e da quando: | SI | NO |
| Soffre o ha mai sofferto di **MALATTIE DELL'APPARATO URO-GENITALE**? (insufficienza renale cronica) Se **SI**, specificare quali e da quando: _____ | SI | NO |
| Sussistono **MALATTIE DELL'APPARATO OSTEOARTICOLARE, DEFICIT DELLA EFFICIENZA DEGLI ARTI, ANOMALIE SOMATICHE**? Se **SI**, specificare quali e da quando: _____ | SI | NO |
| **HA MAI SUBITO TRAPIANTO D'ORGANO** (rene, fegato, ecc.)? Se **SI**, specificare quale e quando: _____ | SI | NO |
| Soffre o ha mai sofferto di **MALATTIE PSICHICHE** (ansia, depressione, psicosi, disturbi di personalità, allucinazioni, ecc.)? | SI | NO |
| Se **SI**, specificare quali e da quando: _____ | | |
| È o è mai stato, in cura presso **SPECIALISTI IN PSICHIATRIA**? È o è mai stato, sottoposto a psicoterapia?<br>Se **SI**, specificare fino a quando: _____ | SI | NO |
| Assume, o ha mai assunto, **FARMACI PSICOATTIVI** (tranquillanti, antidepressivi, barbiturici, sonniferi o altro)? Se **SI**, specificare quali, in che periodo e a quali dosaggi _____ | SI | NO |
| È stato coinvolto in **INCIDENTI STRADALI**, di qualsiasi tipo, anche dovuti a responsabilità di altri? Se **SI**, specificare quando: _____ | SI | NO |
| È stato riconosciuto **INVALIDO** in qualsiasi ambito (Civile, INAIL, Causa di Servizio etc)? Se **SI**, in quale ambito, da quando e con quale percentuale/categoria: _____ | SI | NO |
| Soffre o ha mai sofferto di **ALTERAZIONI DELL'APPARATO VISIVO** (cheratocono, maculopatie, glaucoma)? Se **SI**, specificare quali e da quando: _____ | SI | NO |

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Ovest Milanese

| | | |
|---|---|---|
| Utilizza **OCCHIALI DA VISTA O LENTI A CONTATTO**? | SI | NO |
| Soffre o ha mai sofferto di **ALTERAZIONI DELL'APPARATO UDITIVO** (ipoacusia, sordità, ecc.)? Se **SI**, specificare quali e da quando: _____<br>Utilizza **PROTESI ACUSTICHE**? | SI<br>SI | NO<br>NO |
| È in corso o ha avuto in precedenza **SOSPENSIONE** o **REVISIONE** della patente per **GUIDA IN STATO DI EBBREZZA ALCOLICA** o per **GUIDA SOTTO L'EFFETTO DI SOSTANZE STUPEFACENTI** (specificare se alcol, stupefacenti o entrambi)? _____<br>Se **SI**, quando? _____ | SI | NO |
| Ha o ha mai fatto uso in passato, anche occasionalmente, di **SOSTANZE STUPEFACENTI** (cannabis, ecstasy, eroina, cocaina, anfetamine, LSD, Ketamina od altre)? _____<br>Specificare quali e quando: _____ | SI | NO |
| È o è mai stato in cura presso un **SERT** (Servizio per la Tossicodipendenza) o una **COMUNITA' TERAPEUTICA**? Se **SI**, fino a quando? _____ | SI | NO |
| Ha o ha mai avuto problemi correlati all'**ABUSO** o alla **DIPENDENZA** da bevande **ALCOLICHE**? Se **SI**, specificare quando: _____ | SI | NO |
| È o è mai stato in cura presso un **NOA** (Nucleo Operativo Alcologia)? Se **SI**, fino a quando: _____ | SI | NO |
| E' in possesso di **ESENZIONE TICKET** di qualunque natura? | SI | NO |

**Dichiarazione del richiedente**

Dichiaro sotto la mia personale responsabilità di aver fornito tutte le informazioni in mia conoscenza utili a definire il mio stato di salute.

Cuggiono, lì _____

Firma (da apporre in presenza della Commissione Medica)

_____

In caso di dichiarazione mendace si provvederà a sottoporre a revisione la patente di guida con conseguente revoca o sospensione della stessa ai sensi degli articoli 128, 129 e 130 del Codice della Strada, così come modificati dagli articoli 9, 10 e 11 del D.P.R. 19 aprile 1994 nr. 575, salvo che non si configuri ipotesi di reato.