

Dati biometrici e dichiarazione anamnestica

Peso (Kg) ✓

Altezza (cm) ✓

E' necessario compilare tutte le patologie

Patologie dell'apparato cardiocircolatorio

(es. disturbi del ritmo cardiaco, impianto di PM/ICD, infarto miocardico, angina pectoris, intervento cardiocirurgico, aneurisma aortico, insufficienza cardiaca)

- ☐ SI
- ☐ NO

Soffre o ha sofferto di russamento?

- ☐ SI
- ☐ NO

Apnee notturne / OSAS?

- ☐ SI
- ☐ NO

Patologie dell'apparato respiratorio

- ☐ SI
- ☐ NO

Diabete mellito

- ☐ SI
- ☐ NO

Patologie endocrine

(es. della tiroide, dei surreni, dell'ipofisi)

- ☐ SI
- ☐ NO

Malattie neurologiche

(es. morbo di Parkinson, ictus cerebrale, paresi/plegia, ischemia cerebrale transitoria, sclerosi multipla, emorragia cerebrale, malformazioni arterio-venose cerebrali)

- ☐ SI
- ☐ NO

Epilessia, crisi epilettiche o perdite di conoscenza

- ☐ SI
- ☐ NO

E' in corso SOSPENSIONE o REVISIONE della patente per GUIDA IN STATO DI EBBREZZA ALCOLICA o per GUIDA SOTTO L'EFFETTO DI SOSTANZE STUPEFACENTI?

- ☐ SI
- ☐ NO

Uso di droghe:

- ☐ SI
- ☐ NO

HA, o ha mai avuto in passato, problemi correlati all'ABUSO o alla DIPENDENZA da bevande ALCOLICHE?

- ☐ SI
- ☐ NO

E', o e' mai stato, in cura presso un NOA (es. Nucleo operativo alcologico, Servizio di alcologia)?

- ☐ SI
- ☐ NO

Turbe o patologie psichiche

(es. ansia, depressione, allucinazioni, disturbo bipolare, disturbi neurocognitivi)

- ☐ SI
- ☐ NO

E', o e' stato, in cura con FARMACI PSICOATTIVI(tranquillanti, antidepressivi, barbiturici, sonniferi od altri)?

- ☐ SI
- ☐ NO

Soffre o ha sofferto di malattie del sangue?

- ☐ SI
- ☐ NO

Malattie dell’apparato urogenitale

- ☐ SI
- ☐ NO

Sussistono MALATTIE DELL'APPARATO OSTEOARTICOLARE, DEFICIT DELLA EFFICIENZA DEGLI ARTI, ANOMALIE SOMATICHE?

- ☐ SI
- ☐ NO

E' stato coinvolto in INCIDENTI STRADALI, di qualsiasi tipo, anche dovuti a responsabilita' d'altri?

- ☐ SI
- ☐ NO

Invalidità civile, del lavoro, di guerra o per servizio

- ☐ SI
- ☐ NO

Soffre, o ha mai sofferto, di ALTERAZIONI DELL'APPARATO VISIVO(ad es. cheratocono, maculopatie, glaucoma)?

- ☐ SI
- ☐ NO

E affetto da ALTERAZIONI DELL'APPARATO UDITIVO(es. ipoacusia, sordita', ecc.)?

- ☐ SI
- ☐ NO

HA MAI SUBITO UN TRAPIANTO D'ORGANO(ad es.: trapianto di rene, di fegato, ecc.)?

- ☐ SI
- ☐ NO

Ha in corso terapie farmacologiche di qualsiasi tipo?

- ☐ SI
- ☐ NO

E' in possesso di ESENZIONE TICKET di qualunque natura?

- ☐ SI
- ☐ NO

Indietro

Avanti

