



Richiesta di prenotazione di visita collegiale per idoneità alla guida di veicoli

A.S.U.R. Marche – Area Vasta n. 4
U.O.C. - Medicina Legale
Commissione Medica Locale
Via Misericordia 7
63822 Porto San Giorgio (FM)
email:comm.pat.av4@sanita.marche.it

Il sottoscritto _____

nato a _____ il _____

residente a _____ via _____ n. _____

tel _____ Codice Fiscale _____

DICHIARA:

- di non aver presentato analoga domanda ad altra Commissione Medica Locale
- di essere in possesso di patente della categoria _____ n° _____
rilasciata da _____ il _____
- data di scadenza della patente _____
- data di scadenza della sospensione in caso di revisione _____

CHIEDE DI ESSERE SOTTOPOSTO A VISITA DALLA COMMISSIONE MEDICA LOCALE PER:

- REVISIONE DI PATENTE** (quando la patente è sospesa o revocata o segnalata).
È obbligatorio produrre copia dell'ordinanza della Prefettura o Ministero delle Infrastrutture o Organi Giudiziari e fotocopia di un valido documento di riconoscimento
- CONSEGUIMENTO DI PATENTE** (quando è un primo rilascio).
È obbligatorio produrre fotocopia di un valido documento di riconoscimento e certificato anamnestico redatto dal medico curante (modulo specifico per conseguimento).
- RINNOVO DI PATENTE** (quando la patente è in fase di scadenza).
È obbligatorio produrre fotocopia di un valido documento di riconoscimento.
- RICLASSIFICAZIONE / DECLASSAMENTO** dalla categoria _____ alla categoria _____
È obbligatorio produrre fotocopia di un valido documento di riconoscimento.

PER LE SEGUENTI MOTIVAZIONI:

1) PATOLOGIE CARDIOVASCOLARI	6) PATOLOGIE PSICHIATRICHE	11) INCIDENTI STRADALI
2) DIABETE MELLITO	7) PATOLOGIE RENALI - DIALISI	12) ABUSO DI ALCOL
3) PATOLOGIE DEL SISTEMA NERVOSO	8) PATOLOGIE VISIVE	13) USO DI SOSTANZE STUPEFACENTI
4) EPILESSIA	9) DEFICIT Uditivo	14) PATENTI SUPERIORI (x LIMITE ETA')
5) PATOLOGIE E DEFICIT MOTORI	10) PATOLOGIE RESPIRATORIE E SINDROME DELLE APNEE OSTRUTTIVE DEL SONNO	15) ALTRO _____ _____

N.B. BARRARE CON UNA X LE PATOLOGIE DI CUI LA PERSONA È AFFETTA E LEGGERE ATTENTAMENTE IL RETRO DEL FOGLIO DOVE SONO INDICATE, CON IL MEDESIMO NUMERO, LE CERTIFICAZIONI DA ESIBIRE ALLA COMMISSIONE AL MOMENTO DELLA VISITA.

N.B. La Commissione trattiene tutta la documentazione sanitaria prodotta e non rilascia fotocopie

Porto San Giorgio li _____

FIRMA _____

Informato ai sensi del D. Lgs n. 101/18 del 10/08/18 che i dati personali e sensibili dell'azienda verranno trattati esclusivamente per le finalità relative al procedimento per i quali sono stati conferiti e che il trattamento comprende anche la comunicazione dei dati alle autorità competenti ai sensi delle normative vigenti, il sottoscritto autorizza il trattamento dei propri dati personali e sensibili.

Porto San Giorgio li _____

FIRMA _____

Tutti gli esami e le visite specialistiche devono essere effettuati presso STRUTTURE PUBBLICHE

Il costo degli accertamenti è a totale carico del richiedente, come previsto dall'art. 330 c. 6 DPR 495/92 "regolamento di esecuzione e di attuazione del nuovo codice della strada"

1. AFFEZIONI CARDIOVASCOLARI (certificati di data non anteriore a 3 mesi)	<ul style="list-style-type: none">- VISITA CARDIOLOGICA con indicazione dello stato di compenso + ecocardiogramma con F.E. (Frazione di Eiezione) e, ove prevista, classe NYHA;- IMPIANTO DI PACEMAKER: copia del tesserino con i report ed i controlli effettuati;- IMPIANTO ICD (Defibrillatore cardiaco): copia report telemetrico + certificazione dell'ultima revisione effettuata e valutazione specialistica del rischio aritmogeno, quest'ultima solo al primo accertamento e alla variazione della situazione clinica;- ARTERIOPATIE OBLITERANTI ARTI INFERIORI: certificato medico con indicato lo stadio Lèriche-Fontaine ed esame eco-doppler;- PORTATORI DI ANEURISMA DELL'AORTA: esame ecografico e/o RMN-TAC.
2. DIABETE (TIPO I E TIPO II) (certificati di data non anteriore a 3 mesi)	<ul style="list-style-type: none">- CERTIFICATO DEL CENTRO ANTIDIABETICO su modulo allegato al D.Lgs n. 59 del 18/4/2011. Per coloro che presentano complicanze è necessaria la documentazione relativa a ciascuna specifica patologia.
3. MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO (certificati di data non anteriore a 3 mesi)	<ul style="list-style-type: none">- ISCHEMIA O EMORRAGIA CEREBRALE: visita neurologica, M.M.S.E, Campo visivo binoculare secondo Esterman 120 punti.- MORBO DI PARKINSON: visita neurologica che attesti la terapia e l'ottima copertura farmacologica nelle 24 ore, M.M.S.E.- SCLEROSI MULTIPLA: visita neurologica, visita oculistica e campo visivo binoculare secondo Esterman 120 punti.- ESITI TRAUMI CRANICI: visita neurologica + ultimo EEG effettuato.
4. EPILESSIA (Certificato di data non anteriore a 30 giorni)	<ul style="list-style-type: none">- Visita neurologica su apposito modulo allegato al D.Lgs n. 59 del 18/4/2011 con indicazione della data di ultima crisi comiziale, terapia assunta e posologia.
5. PATOLOGIE O DEFICIT MOTORI	La patologia verrà valutata dallo specialista FISIATRA componente della Commissione Medica Locale. N.B. I portatori di protesi degli arti devono esibire certificazione del costruttore o del fisiatra attestante l'efficacia della protesi di data non anteriore a 3 mesi.
6. MALATTIE PSICHICHE E USO DI PSICOFARMACI (certificati di data non anteriore a 3 mesi)	Visita psichiatrica con indicazione della terapia assunta e posologia, il compenso funzionale, la partecipazione del paziente al programma terapeutico, eventuali ricoveri degli ultimi 2 anni, eventuali T.S.O.
7. DIALISI O TRAPIANTO RENALE (certificati di data non anteriore a 3 mesi)	Visita nefrologica con indicazione dello stato di compenso (con riferimento alle condizioni generali della persona e descrizione delle eventuali complicanze, le crisi ipotensive od ipertensive riscontrate ed ogni altro elemento utile alla valutazione delle capacità di performance del paziente in situazioni potenzialmente pericolose).
8. PATOLOGIE APPARATO VISIVO (es. retinopatia, maculopatia, glaucoma, diplopia, ecc). (certificati di data non anteriore a 3 mesi)	<ul style="list-style-type: none">- Visita oculistica per controllo acuità visiva.- Campo Visivo binoculare secondo Esterman 120 punti (patenti AM-A-B) o 160 punti (patenti superiori) con grafico e referto, visione binoculare, FOO. Monocolo funzionale e organico (campo visivo Estermann 120 punti)
9. DEFICIT DELL'UDITO (ipoacusia, sordità, disturbi dell'equilibrio)	Visita ORL I portatori di protesi acustiche devono esibire certificazione del costruttore, rilasciata in data non anteriore a 3 mesi, attestante le caratteristiche tecniche e l'efficienza della protesi.
10. PATOLOGIE RESPIRATORIE E SINDROME DELLE APNEE OSTRUTTIVE DEL SONNO (OSAS)	<ul style="list-style-type: none">- Patologie con insufficienza respiratoria: visita pneumologica con indicazione del compenso e durata e flusso della eventuale ossigenoterapia.- OSAS: relazione di specialista di struttura pubblica, su apposito stampato, attestante la terapia praticata, la compliance dimostrata, specificazione degli indici RDI e AHI, giudizio su controllo della sintomatologia presentata in relazione alla sonnolenza diurna.
11. REVISIONE (art. 128 c.d.s) disposta a seguito di incidenti stradali	Certificazione medica rilasciata dal medico curante attestante lo stato di salute, specificando le patologie da cui è eventualmente affetto, se ha presentato o presenta stati morbosi che possono indurre alterazioni dello stato di coscienza, se assume terapie, specificando quali, se ha subito ricoveri e per quali motivi. La Commissione valuterà se richiedere ulteriori accertamenti.
12. ALCOL 13. STUPEFACENTI	La Commissione richiede l'effettuazione di accertamenti ematochimici e/o accertamenti tossicologici secondo il metodo operativo stabilito dalla Commissione.
14. RINNOVO/REVISIONE idoneità per persone di età superiore a 60 anni (patente cat. D-E) 65 anni (patente cat. C-E)	Visita cardiologica con ECG, Visita neurologica + prove psicometriche (M.M.S.E.), esami ematochimici (Glicemia, Creatinina, Transaminasi, Gamma GT, Emocromo, Transferrina Carboidrato Carente)

La Commissione si riserva di richiedere ulteriori accertamenti diagnostici al momento della visita

firma per presa visione