

Patenti Speciali

La S.V. dovrà presentarsi a visita medica per il rinnovo/rilascio della patente di guida presso questa Commissione Medica Legale

il giorno / / alle ore :

Il suo numero d'ordine è

All'atto della visita dovrà essere munito di:

- 1) Codice Fiscale
- 2) Autocertificazione(modello allegato) compilata e non firmata
- 3) Marca da bollo di Euro 14,62
- 4) Fotocopia della patente di guida .In caso di mancanza della stessa documento valido
- 5) Ricevuta di pagamento effettuato sul c/c postale n°13745005 intestato ASL RM/E-Servizio Tesoreria Entrate Medicina Legale di **Euro 18,59**; nel caso di handicap fisico-motorio e sclerosi multipla il versamento dovrà essere di **Euro 30,99**; entrambi i versamenti dovranno avere come causale *visita medica patenti speciali*
- 6) Ricevuta di pagamento di **Euro 9,00** versata sul c/c postale n°9001 intestato a : "Dipartimento Trasporti Terrestri Diritti Roma"

DOCUMENTAZIONE SANITARIA DA ESIBIRE ALLA COMMISSIONE LOCALE PATENTI

In caso di patologia attuale o pregressa degli organi o apparati di seguito elencati, l'interessato dovrà allegare in originale tutti gli esami.

Tutti gli esami e le visite specialistiche debbono essere effettuati presso strutture pubbliche (a.s.l., ospedali, strutture accreditate);

Il costo degli esami è a totale carico del richiedente come previsto dalla normativa vigente

(art. 330 comma 6 DPR 495/92 "Regolamento di esecuzione e di attuazione del nuovo codice della strada") ed il medico NON può porli a carico del SSN (non debbono essere prescritti sul ricettario regionale).

Non sono valide esenzioni di alcun tipo.

Tutti gli esami ed i referti di consulenze specialistiche devono essere prodotti in originale e saranno trattenuti dalla Commissione e non restituiti.

La Commissione si riserva di richiedere ulteriori accertamenti diagnostici al momento della visita (es. esami matrici pilifere per ricerca sostanze stupefacenti).

PER ETA SUPERIORE A 60 ANNI E' NECESSARIO ELETTROCARDIOGRAMMA CON VISITA CARDIOLOGICA

1. Patologie cardiovascolari

- Elettrocardiogramma con visita cardiologica (per tutti i pazienti cardiopatici ed affetti da ipertensione arteriosa).
- Portatori di pace-maker (fotocopia tesserino del pace -maker) ed ecocardiogramma
- Portatori di aneurisma dell'aorta (ecocardiografia).
- Arteriopatie obliteranti arti inferiori (doppler)
- Portatori di defibrillatore (fotocopia tesserino di applicazione + certificazione dell'ultima revisione effettuata, ECG Holter ed ecocardiogramma

2. Diabete mellito (sia insulinodipendente, sia insulinoindipendente)

- glicemia
 - emoglobina glicosilata
 - esame urine
- visita diabetologica o certificazione del centro antidiabetico con valutazione del compenso metabolico, della terapia seguita e di eventuali complicanze acute e croniche della malattia (retinopatia - neuropatia).

3. Patologie del sistema nervoso centrale e periferico:

• Epilessia

- certificazione, di data non anteriore a 30 giorni, redatta da medico specialista di struttura pubblica o dal medico curante, con l'espressa dichiarazione che l'interessato non presenta crisi epilettiche da almeno 2 anni.
- ultimo controllo specialistico neurologico con referto EEG di data non anteriore a 6 mesi
- dosaggio ematico del farmaco assunto (se dosabile) e certificato congruità della terapia

• Esiti di ischemia o emorragia cerebrale:

- Visita neurologica
- Mini Mental State Examination (MMS/E)
- Campo visivo
- Elettrocardiogramma con visita cardiologica

• M di Parkinson:

- Visita neurologica con certificazione che attesti la terapia e l'ottima copertura farmacologica nella 24/h.
- Tempi di reazione
- Elettrocardiogramma con visita cardiologica

• Sclerosi Multipla e Miopatie

- Visita Neurologica
- Visita oculistica con campo visivo.
- Test della forza elementare (solo per Miopatie)

4. Patologia psichiatrica

- visita psichiatrica
(in dettaglio deve essere specificata la terapia, il compenso funzionale, la partecipazione del paziente al programma terapeutico, eventuali ricoveri degli ultimi 2 anni, . A discrezione della Commissione Test di livello e psicodiagnostici)

5. Insufficienza renale corretta da dialisi

relazione del centro dialisi (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).
Elettrocardiogramma con visita cardiologia.
Emocromo completo.

6. Patologie dell'apparato visivo (distacco di retina, glaucoma cronico, scompenso corneale, esiti interventi chirurgici, monocoli)

- visita oculistica con indicazione del visus naturale e corretto e grado di rifrazione.
- campo visivo.

7. Patologie dell'apparato audio-vestibolare (ipoacusia, sordità, disturbi dell'equilibrio)

- esame audiometrico recente (con protesi per i portatori di apparecchio acustico).
- cons. ORL per pazienti con eventuali gravi turbe dell'equilibrio dipendenti da patologie di pertinenza ORL.

N.B: 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.

8. Patologie degli arti (amputazioni - protesi)

- I portatori di protesi degli arti devono esibire certificazione del costruttore attestante l'efficacia della protesi, di data non anteriore a 3 mesi (art. 327 comma 3)

9. Rinnovo idoneità per persone di età superiore a 60 anni per la patente D, di età superiore a 65 anni per la patente C e di età superiore a 75 anni per la patente B.

- visita cardiologica con ecg
 - tempi di reazione a stimoli semplici e complessi
 - glicemia
 - emocromo
 - transferrina carboidrato carente (CDT).
-
- **età superiore a 75 anni visita geriatrica con valutazione delle autonomie residue(IADL,MMSE,ADL)**

10. Patologia delle ghiandole endocrine:

- visita endocrinologia o certificato del medico curante

11. Patologia del sistema nervoso centrale e/o periferico:

- a. visita neurologica

12. Progresso trauma cranico:

- a. visita neurologica
- b. elettroencefalogramma refertato

13. Malattie del sangue:

- a. esame emocromocitometrico completo e visita ematologica

14. Insufficienza renale non corretta da dialisi:

- a. azotemia
- b. calcemia
- c. creatininemia
- d. fosforemia
- e. esame urine
- f. Elettrocardiogramma con visita cardiologica

Revisioni

15. Se la revisione è stata disposta a seguito di incidente stradale:

- a. visita cardiologica e ecg
- b. visita neurologica
- c. visita psichiatrica
- d. glicemia
- e. transferrina carboidrato carente
- f. creatininemia
- g. transaminasi (got - gpt)
- h. gamma gt
- i. esame urine
- j. emocromo
- k. esami urinari per stupefacenti
- l. tempi di reazione a stimoli semplici(per patenti A-B)

N.B. La Commissione valuterà se richiedere consulenze specialistiche o relazione psicoattitudinale.

Revisione o conferme di validità dopo revisione.

16. Revisione disposta per guida in stato di ebbrezza alcolica (art. 186 c.d.s.)

- saranno disposti esami secondo il metodo operativo stabilito dalla Comm.ne.

17. Revisione disposta per uso di qualsiasi sostanza stupefacente(art. 187 c.d.s.), oppure per conseguimento o conferma di validità in soggetti con precedenti di uso di qualsiasi sostanza stupefacente.

- saranno disposti accertamenti su campioni biologici secondo il metodo operativo stabilito dalla Comm.ne.

DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE DI MEDICINA LEGALE
AZIENDA SANITARIA LOCALE ROMA E
LUNGOTEVERE DELLA VITTORIA, 3 - 00195 ROMA

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DEL CERTIFICATO ANAMNESTICO

(da firmare in presenza del Medico Legale ASL ovvero della Commissione Provinciale Patenti Speciali)

Il/a sottoscritto/a
nato/a a il / / e residente in
via nell'ambito dell'accertamento medico legale dell'idoneità psicofisica
al conseguimento / conferma / revisione (specificare) della patente di guida dei veicoli di cui alla categoria

DICHIARA

Di essere stato riconosciuto "Invalido" ☐ SI ☐ NO

Di essere titolare di esenzione Ticket per patologia ☐ SI ☐ NO

Se si indicare quali:

In relazione agli stati patologici di seguito elencati, che:

Sussistono (soffre di) patologie dell'apparato cardiocircolatorio (Es. pressione alta anche se normalizzata dal trattamento; pregresso infarto; angina; pregresso intervento cardiocirurgico, aneurisma; aritmie)? ☐ SI ☐ NO

Se si indicare quali:

Soffre di diabete mellito? ☐ SI ☐ NO

Se si, specificare se insulinodipendente ☐ SI ☐ NO

se trattato con dieta o ipoglicemizzanti orali

Sussistono altre (soffre di) patologie endocrine (es. della tiroide, dei surreni, dell'ipofisi, ecc.)? ☐ SI ☐ NO

Se si indicare quali:

Soffre o ha mai sofferto di malattie neurologiche (es. morbo di Parkinson, emiparesi, ischemia cerebrale transitoria, sclerosi multipla, ecc.) ☐ SI ☐ NO

Se si indicare quali:

Soffre o ha mai sofferto di turbe o patologie psichiche (es. ansia, depressione, allucinazioni, ecc.)? ☐ SI ☐ NO

Se si indicare quali e in che periodo ne ha sofferto

E' attualmente o è mai stato in passato in cura con tranquillanti, antidepressivi, barbiturici, sonniferi od altri farmaci psicotropi? Fa uso di sostanze psicoattive? ☐ SI ☐ NO

Se si indicare quali in che periodo ed a quali dosaggi:

Ha mai avuto sospensioni e/o revisioni della patente di guida in stato di ebbrezza alcolica? Ha mai avuto problemi relativi ad ab uso di alcolici? (es. ricoveri ospedalieri) ☐ SI ☐ NO

Se si specificare

Ha mai avuto sospensioni o revisione della patente per uso di sostanze stupefacenti? Ha mai fatto uso di canapa indiana, eroina, cocaina, anfetamine, LSD od altre droghe d'abuso? ☐ SI ☐ NO

Se si specificare

Ha mai subito un trauma cranico? ☐ SI ☐ NO

Se si, specificare quando

Soffre di epilessia o ha mai manifestato crisi epilettiche o convulsioni? ☐ SI ☐ NO

Se si, specificare la data dell'ultimo episodio (quando si è manifestata l'ultima).

Se si, specificare la terapia seguita

Negli ultimi 5 anni è mai stato coinvolto come guidatore in incidenti del traffico di qualsiasi tipo, anche se dovuti a responsabilità di altri, e che abbiano causato un danno fisico alla propria e/o altrui persona, ☐ SI ☐ NO

Se si, specificare in quali date:

Sussistono (soffre di) malattie del sangue ☐ SI ☐ NO

Se si, specificare quali:

Sussistono (soffre di) malattie dell'apparato uro-genitale? ☐ SI ☐ NO

(es. insufficienza renale cronica, ecc.)

Se si, specificare quali:

Prende medicine o ne ha prese per più di una settimana nell'ultimo anno ☐ SI ☐ NO

Se si, indicare quali, in che periodo ed a quali dosaggi

Ha problemi di vista correggibili con lenti? ☐ SI ☐ NO

Se si, indicare quali:

Porta lenti a contatto? ☐ SI ☐ NO

Ha problemi di udito? ☐ SI ☐ NO

Porta protesi acustiche? ☐ SI ☐ NO

Data,

Firma

Sanzioni. 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 DPR 19 Aprile 1994 n. 575, salvo che non si configuri l'ipotesi di reato.

Commissione Medica Locale

Modello per ricorso

RACCOMANDATA A.R. IN CARTA DA BOLLO O IN CARTA LIBERA RESA LEGALE CON MARCHE

**AL MINISTERO DEI TRASPORTI
DIREZIONE GENERALE M.C.T.C.
DIVISIONE 46
VIA GIUSEPPE CARACI N. 36
00157 R O M A**

(1) e p.c.

**ALLA DIREZIONE GENERALE
MOTORIZZAZIONE CIVILE DI _____**

__I__ sottoscritt__ _____ nat__ a _____ il _____ residente in
_____ (Prov. __) C.A.P. _____ Via _____ n. _____ Telefono _____,
(2) - titolare della patente di cat. ____ n. _____ rilasciata il _____ e confermata in data
_____ fino al _____;
(2) - aspirante al conseguimento della patente di cat. ____;

P R E M E S S O

che in data _____ la Commissione Medica Locale Patenti di _____ ha espresso il seguente giudizio: (3)

_____ e che tale giudizio è stato comunicato allo scrivente in data

R I C O R R E

ai sensi dell'art. 81, comma 5 del Testo Unico delle Norme sulla Disciplina della Circolazione Stradale (DPR 15.06.1959, n. 393 e successive modificazioni ed integrazioni), avverso tale giudizio per i seguenti motivi:

E C H I E D E

di essere sottoposto, con oneri a suo carico, a nuovo accertamento medico da effettuarsi presso il competente Ufficio Sanitario Compartimentale dell'Ente Ferrovie dello Stato.

__I__ sottoscritt__ richiede/non richiede (4) di essere assistito, in occasione della visita medica superiore, da un proprio medico di fiducia, a sue spese e a titolo consultivo.

Data, _____

Firma _____

SI ALLEGANO I SEGUENTI DOCUMENTI:

- Originale o copia autentica conforme all'originale del certificato della Commissione Medica Locale;
- Documentazione relativa alla data in cui è stato comunicato il giudizio;
- Altri documenti ritenuti utili dal ricorrente:

- (1) Se il ricorrente è titolare di patente, indirizzare anche alla Prefettura di rilascio;
(2) Depennare il caso che non ricorre;
(3) Trascrivere il giudizio conclusivo riportato nel Certificato della Commissione Medica;
(4) Depennare il caso che non ricorre. Ove ricorra il caso indicare le generalità del medico e la sua specializzazione.



Azienda
Unità
Sanitaria
Locale
ROMA



Cod. S/398bis

REGIONE LAZIO

Dipartimento di Medicina Legale

Direttore: Dott. Maurizio Ferraresi

Consenso al trattamento dei dati personali e sensibili (L. 196/2003)

Io Sottoscritto/a _____
Nato a _____ Prov. _____
Residente a _____ Prov. _____
In _____ n° _____
Tel.: _____ Cod. Fiscale _____

ACCONSENTO

- 1) Al trattamento di eventuali dati sensibili, necessari all'istruzione ed alla gestione della pratica che mi riguarda(*) SI ☐ NO ☐
- 2) Alla comunicazione dei miei dati personali e sensibili a soggetti che gestiscono servizi informatici, di postalizzazione e archiviazione ed al trattamento dei dati stessi da parte di tali soggetti, ove ciò sia necessario alla liquidazione ed alla gestione della pratica che mi riguarda (*) SI ☐ NO ☐
- 3) Alla comunicazione dei miei dati sensibili per fini diversi da quelli connessi con la presente pratica, ad altri Enti o Amm.ni Pubbliche ove ciò sia necessario per lo svolgimento delle rispettive funzioni istituzionali (*) SI ☐ NO ☐

(*) barrare la voce che interessa

SONO CONSAPEVOLE DEL FATTO CHE IL MANCATO CONSENSO:

Nel caso di cui al punto 1) comporta l'impossibilità di istruire o gestire la pratica che mi riguarda.

Nel caso di cui al punto 2) comporta notevole ritardo nella liquidazione della mia pratica.

SONO A CONOSCENZA CHE:

Il titolare del trattamento dei dati sensibili è il Direttore Generale o Suo delegato al quale potrà rivolgersi per far valere i suoi diritti così come previsto dagli art. 7,8 della L. 196/2003

Roma,

Firma

LUNGOTEVERE DELLA VITTORIA, 3 - 00195 ROMA