

Intestazione della struttura ospedaliera

Fac-simile

CERTIFICATO MEDICO AD USO

IDONEITÀ ALLA GUIDA

DIALISI

(recante le indicazioni cliniche di cui necessita la
Commissione di accertamento)

Si certifica che il/la Sig./ra _____

nato/a a _____ il _____

è affetto/a da: I.R.C. in trattamento emodialitico _____ dal _____
(indicare la cadenza del trattamento)

Il/La predetto/a in corso di trattamento emodialitico è soggetto alle seguenti manifestazioni cliniche di rilievo ed è affetto dalle seguenti complicazioni:

(Luogo e data)

(Timbro e firma del Medico)

**SI RINGRAZIA PER LA COLLABORAZIONE, FINALIZZATA AD AGEVOLARE IL CITTADINO,
COMUNQUE GARANTENDO LA SICUREZZA ALLA GUIDA**

Si evidenzia che la Commissione necessita disporre di informazioni utili per formulare ponderato giudizio sulla **sicurezza alla guida** dell'esaminato, ed elettivamente:

- sulla **funzione cardiaca**, per cui è anche necessario che venga indicato l'esito di esame ecocardiografico e la data di sua esecuzione, precisando la **frazione di eiezione** (oppure fornendo fotocopia dell'accertamento);
- sulle condizioni del paziente nel volgere del trattamento (o, se risulta, dopo il trattamento); in particolare, se presenta crisi lipotimiche o altri disturbi.
- Qualora gli accertamenti non siano stati espletati in occasione dei controlli periodici cui il paziente è sottoposto e, pertanto, il Medico non possa certificare quanto necessario per la finalità per cui la certificazione è richiesta, sarà sufficiente indicare il fatto. In questa ipotesi, **la Commissione dovrà invitare l'interessato a sottoporsi agli esami specialistico/strumentali ritenuti necessari per formulare il giudizio di competenza.**
- Si precisa che è **inutile è la dicitura**: è idoneo alla guida - non presenta controindicazioni alla guida o similari, in quanto tale giudizio è demandato alla Commissione.
- **Redigere il certificato con scrittura leggibile, eventualmente impiegando questo stampato.**