

**CERTIFICAZIONE SPECIALISTICA RILASCIATA DA STRUTTURA PUBBLICA O PRIVATA
CONVENZIONATA, NEI CASI DI RISCHIO MEDIO ED ELEVATO – GIUDIZIO DEMANDATO ALLA
COMMISSIONE MEDICA LOCALE**

Sig./ra _____

Nato/a _____, il ___/___/_____, C.F. _____

Per il rilascio o convalida della patente nautica

1. Risultati della polisonnografia o monitoraggio cardiorespiratorio alla diagnosi:

AH1 _____

2. Compliance dimostrata alla terapia:

Buona Accettabile Insufficiente

Monitorata con _____

3. Sonnolenza diurna:

Assente Lieve Eccessiva

4. Terapia praticata:

ventilatore (CPAP, autoCPAP, Bilevel, _____)

apparecchio endo-orale di avanzamento mandibolare

intervento chirurgico (ORL, maxillo-facciale, bariatrico)

altra terapia _____

Giudizio complessivo sull'efficacia della terapia praticata nel consentire condizioni continue di buona vigilanza diurna:

- EFFICACE
 SCARSAMENTE EFFICACE
 NON EFFICACE

Giudizio sul profilo attribuibile in relazione al RISCHIO PER LA SICUREZZA DELLA NAVIGAZIONE DA DIPORTO, limitatamente alle apnee ostruttive e le complicanze riscontrate

- MEDIO si propone la validità di:
 5 anni (paziente di età < 50 anni)
 3 anni (paziente di età > 50 anni e < 70 anni)
 1 anno (paziente di età > 70 anni)
 ELEVATO

Data: ___/___/_____

Firma dell'interessato per presa visione e ritiro certificazione

Firma del Medico Specialista

Note: nei pazienti in terapia con CPAP (o altri ventilatori) o con apparecchio endo-orale specificare i risultati del report dello strumento sui tempi di utilizzo. Il giudizio sulla compliance è da riferire all'aderenza alle prescrizioni terapeutiche impartite

