CERTIFICADO NEUROLOGÍA

Sr. /Sra.: ..... DNI:.....

Complete según corresponda:

EPILEPSIA/CONVULSIONES

Diagnóstico específico: ..... Fecha de inicio episodio:.... /.... /.....

Presentó convulsiones: ..... Tipo de crisis:.....

Fecha de última crisis: ..... /……... /…….. Riesgo de repetir otro episodio:.....

Inicio de tratamiento: .....

Medicación actual:…….....

Modificación de medicación o dosis en los últimos 6 meses:.....

Efectos adversos a la medicación: .....

ACV / AIT

(Marque lo que corresponde)

Diagnóstico: ☐ ACV Isquémico ☐ ACV Hemorrágico ☐ AIT

Fecha de inicio episodio: ..... /... /.... Riesgo de repetir otro episodio:.....

Medicación Actual: ..... Minimental Test: …….....

Patologías asociadas: ..... Convulsiones: …….....

Áreas afectadas: Perceptivas..... Atencionales…….....

Cognitiva.....Motoras.....

Indicar si la medicación interfiere en sus funciones cognitivas para la conducción de vehículo: ……..

.....

ESCLEROSIS MÚLTIPLE / NEUROMUSCULARES

Diagnóstico: ☐ EM ☐ ELA ☐ MIASTENIA GRAVIS ☐ Otras .....

Fecha de diagnóstico: .... /.... /..... Inicio de tratamiento: ..... /..... /…..

Fecha de último brote: ..... /..... /.....

Medicación Actual: .....

Áreas afectadas: Perceptivas..... Atencionales.....

Cognitiva.....Motoras.....

OTRAS PATOLOGÍAS VASCULARES

Tipo: ☐ Aneurismas ☐ Otras .....

Tratamiento: quirúrgico ☐ SI ☐ NO ☐ Otros .....

Resuelto / Tratado: ☐ SI ☐ NO Diámetro > o = 6 mm: ◯
Diámetro < 6 mm: ◯

Fecha de tratamiento: ..... /..... /..... Medicación actual: …….....

Patologías asociadas: ..... Convulsiones: .....

Áreas afectadas: Perceptivas..... Atencionales.....

Cognitiva..... Motoras.....

Estudio por imágenes del área afectada del último año: Fecha: ……...../……../……

Conclusiones.....

……

_____/_____/_____
FECHA

FIRMA Y SELLO
NEURÓLOGO

"Este documento y las recomendaciones no habilitan a conducir"