

**Relazione da compilare da parte dello specialista di struttura pubblica,
che ha in cura**

Sig/ra: (Cognome Nome)

Nato/a a: (Comune) (Prov) il .../.../.....

Per il rilascio o rinnovo della patente di guida

Risultati Polisonnografia o Monitoraggio cardiorespiratorio alla diagnosi:

AHI

Terapia praticata:

- ventilatore (CPAP, autoCPAP, Bilevel,)
- apparecchio endoorale di avanzamento mandibolare
- intervento chirurgico (ORL, maxillo-facciale, bariatrico)
- altra terapia

Compliance dimostrata alla terapia: Buona Accettabile Insufficiente

Monitorata con

Sonnolenza diurna : Migliorata Non migliorata Assente

Valutata con

**Giudizio complessivo efficacia della terapia praticata nel consentire condizioni continue di buona
vigilanza diurna**

Efficace Non efficace Scarsamente efficace

Data

Firma dello Specialista

Note :

Nei pazienti in terapia con CPAP (o altri ventilatori) o con apparecchio endoorale specificare i risultati del report dello strumento sui tempi di utilizzo.

Il giudizio sulla Compliance è da riferire all'aderenza alle prescrizioni terapeutiche impartite.