Patenti Gruppo 1 - Paziente diabetico

data ___/___/___

Si certifica che il/la Sig./Sig.ra_____

nato/a _____ il ___/___/__ è affetto/a da Diabete Mellito Tipo __ dal _____

TERAPIA attuale:

☐ **nutrizionale** ☐ **ipoglicemizzanti orali** ☐ **insulina** ☐ **ipoglicemizzanti orali + insulina** ☐ **altro**

Specificare farmaci:_____

_____

☐ che possono indurre ipoglicemie gravi

☐ che non inducono ipoglicemie gravi

CRISI IPOGLICEMICHE NEGLI ULTIMI 12 MESI

- Riferisce episodi di crisi ipoglicemiche gravi (che richiedono l'intervento di altra persona) e ricorrenti (almeno 2 episodi) ☐ SI ☐ NO

COMPLICANZE:

☐ Non presenta complicanze

☐ Presenta le seguenti complicanze:

- ✓ Retinopatia ☐ non proliferante ☐ proliferante ☐ edema maculare
- ✓ Neuropatia ☐ autonomica ☐ sensitivo - motoria ☐ uso di farmaci specifici
- ✓ Nefropatia ☐ microalbuminuria ☐ macroalbuminuria ☐ I.R.C.
- ✓ Complicanze cardiovascolari: ☐ TIA/Ictus ☐ Cardiopatia ischemica ☐ Angiopatia arti inferiori clinicamente severa
- ✓ Altro _____

Giudizio sulla qualità del CONTROLLO GLICEMICO, riferito esclusivamente al giudizio di pericolosità alla guida

☐ **ADEGUATO** ☐ **NON ADEGUATO** ☐ **Ultimo valore HbA1c _____**

Giudizio complessivo circa la frequenza e la capacità di gestione delle ipoglicemie

Buono ☐ Accettabile ☐ Scarso ☐

Giudizio sul profilo attribuibile in relazione al RISCHIO PER LA SICUREZZA ALLA GUIDA

limitatamente a quanto concerne la patologia diabetica e le complicanze riscontrate

☐ BASSO si propone il rinnovo

- ☐ 10 anni (conducente di età < 50 anni)
- ☐ 5 anni (conducente di età > 50 anni e < 70 anni)
- ☐ 3 anni (conducente di età > 70 anni)

☐ MEDIO si propone il rinnovo

- ☐ 5 anni (conducente di età < 50 anni)
- ☐ 3 anni (conducente di età > 50 anni e < 70 anni)
- ☐ 1 anno (conducente di età > 70 anni)

☐ ELEVATO

Firma dell'interessato *per presa visione e ritiro certificazione* **Firma del Medico Specialista**