

Patenti Gruppo 1 – Paziente diabetico

data ___/___/___

Si certifica che il/la Sig./Sig.ra _____

Nato/a 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

- O Retinopatia non proliferante proliferante edema maculare
- O Neuropatia autonoma sensitivo – motoria uso di farmaci specifici
- O Nefropatia microalbuminuria macroalbuminuria I.R.C.
- O Complicanze cardiovascolari TIA/Ictus Cardiopatia ischemica
- Angiopatia arti inferiori clinicamente severa

O Altro _____

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

- ADEGUATO
- NON ADEGUATO
- Ultimo valore HbA1c _____

Giudizio sulla qualità 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
 - 10 anni (conducente di età < 50 anni)
 - 5 anni (conducente di età > 50 anni e <70 anni)
 - 3 anni (conducente di età > 70 anni)

ELEVATO

Firma dell'interessato per presa visione e ritiro certificazione

Firma del Medico Specialista