

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 autonoma 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