

# Patenti Gruppo 2 - Paziente diabetico (Per la C.M.L.)

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                  | <input type="checkbox"/> non proliferante                              | <input type="checkbox"/> proliferante          | <input type="checkbox"/> edema maculare           |
| ✓ Neuropatia                   | <input type="checkbox"/> autonoma                                      | <input type="checkbox"/> sensitivo - motoria   | <input type="checkbox"/> uso di farmaci specifici |
| ✓ Nefropatia                   | <input type="checkbox"/> microalbuminuria                              | <input type="checkbox"/> macroalbuminuria      | <input type="checkbox"/> I.R.C.                   |
| ✓ Complicanze cardiovascolari: | <input type="checkbox"/> TIA/Ictus                                     | <input type="checkbox"/> Cardiopatia ischemica |   |
|                                | <input type="checkbox"/> 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

L'interessato dichiara di essere pienamente cosciente dei rischi connessi all'ipoglicemia? SI  NO

L'interessato dimostra di monitorare regolarmente la glicemia secondo il piano di cura? SI  NO

**Firma dell'interessato per presa visione e ritiro certificazione**

**Firma del Medico Specialista**  
(Diabetologo/Endocrinologo)