



**ASL**  
CITTÀ DI TORINO

**PATENTI GRUPPO 1 (Patenti A, B, BE) - PAZIENTE DIABETICO**

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 possono indurre 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     IRC
    - 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 quida**

- 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*



## Data

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

### **Firma del medico Specialista**