

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 | <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"/> IRC |
| - 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

Giudizio sul profilo attribuibile in relazione al rischio per la sicurezza alla guida

Limitatamente a quanto concerne la patologia diabetica e le complicanze riscontrate

- | | | |
|----------------------------------|-----------------------|---|
| <input type="checkbox"/> BASSO | si propone il rinnovo | <input type="checkbox"/> 10 anni (conducente età < 50 anni) |
| | | <input type="checkbox"/> 5 anni (conducente età > 50 e < 70 anni) |
| | | <input type="checkbox"/> 3 anni (conducente età > 70 anni) |
| <input type="checkbox"/> MEDIO | si propone il rinnovo | <input type="checkbox"/> 5 anni (conducente età < 50 anni) |
| | | <input type="checkbox"/> 3 anni (conducente età > 50 e < 70 anni) |
| | | <input type="checkbox"/> 1 anno (conducente età > 70 anni) |
| <input type="checkbox"/> ELEVATO | | |

Data _____

Firma dell'interessato per presa visione e ritiro certificazione

Firma del medico Specialista