

PATENTI GRUPPO 2 (PATENTI C, CE, D, DE) - 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
 - Neuropatia
 - autonoma
 - sensitiva
 - Nefropatia
 - microalbuminuria
 - macroalbuminuria
 - Complicanze Cardiovascolari:
 - TIA/Ictus
 - Cardiopatia ischemica
 - altro:
 - Edema maculare
 - uso di farmaci specifici
 - IRC
 - angiopatia arti inferiori clinicamente severa

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

Data

Firma dell'interessato per presa visione e ritiro certificazione**Firma del medico Specialista**