



**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	<input type="checkbox"/> Non proliferante	<input type="checkbox"/> Proliferante	<input type="checkbox"/> Edema maculare
- Neuropatia	<input type="checkbox"/> autonomica	<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

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**

\_\_\_\_\_