

Si attesta che il/la Sig./Sig.ra _____
 nato/a _____ il _____ è affetto da Diabete Mellito Tipo _____ dal _____
 è attualmente in terapia:

- nutrizionale
 Ipoglicemizanti orali
 Insulina
 Combinata (IGO e insulina)
- } che possono indurre ipoglicemie gravi
 } che non inducono ipoglicemie gravi

HA PRESENTATO CRISI IPOGLICEMICHE GRAVI O RICORRENTI NEGLI ULTIMI 3 MESI SI NO

Se SI, indicare la data dell'ultima crisi _____

- Non presenta complicanze
- Presenta le seguenti complicanze:
- ✓ 1 Retinopatia background Non proliferante proliferante Laser-trattata* Glaucoma*
 - ✓ 2 Neuropatia autonoma sensitivo-motoria Uso di farmaci specifici
 - ✓ 3 Nefropatia microalbuminuria macroalbuminuria I.R.C.
 - ✓ 4 Complicanze cardiovascolari: TIA/ICTUS Cardiopatia ischemica
 - Angiopatia arti inferiori clinicamente severa Altro:

* in questi casi effettuare campo visivo binoculare computerizzato a 120 punti, prima dell'invio alla Commissione Medica Locale (il campo visivo dovrà essere consegnato, in originale, dall'utente all'atto della visita in Commissione patenti)

Giudizio sulla qualità del controllo glicemico, che influenza direttamente la velocità di progressione delle complicanze croniche

ADEGUATO NON ADEGUATO Ultimo valore HbA1c: _____

Giudizio complessivo circa la frequenza e la capacità di gestione delle ipoglicemie

BUONO ACCETTABILE SCADENTE

Data _____ Firma del Medico Curante _____

Giudizio sul profilo attribuibile in relazione al RISCHIO PER LA SICUREZZA DELLA GUIDA

- BASSO, si propone il rinnovo per anni _____
- MEDIO, limitatamente a quanto concerne la patologia diabetica e delle complicanze
Riscontrate si ravvisa opportunità di limitare il rinnovo a _____
- ELEVATO, il tipo e l'entità di complicanze risultano tali da comportare un elevato rischio alla guida: invio alla Commissione Medica Locale (CML)

Firma del Diabetologo _____

Data _____