CERTIFICATO MEDICO PER C.M.L. : PATENTE GRUPPO 1 (A,B,BE)– PAZIENTE DIABETICO

Si certifica che il/la signor/ra _____
nato/a a _____il __/__/_____
residente a _____in via _____
è affetto/a da Diabete Mellito Tipo _____dal _____

TERAPIA ATTUALE

□ nutrizionale □ ipoglicemizzanti orali □ insulina
□ ipoglicemizzanti orali + insulina □ altro_____

Specificare farmaci _____

□ che p**ossono indurre** ipoglicemie gravi □ che **non inducono** 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

□ Non presenta complicanze
□ Presenta le seguenti complicanze:

Retinopatia:	□ NO □ SI	□ non proliferante	□ proliferante	□ edema maculare
Neuropatia:	□ NO □ SI	□ autonomica	□ sensitivo-motoria	□ uso di farmaci
Nefropatia:	□ NO □ SI	□ microalbuminuria	□ macroalbuminuria	□ I.R.C.
Cardiovascolari:	□ NO □ SI	□ TIA / ICTUS	□ cardiopatia ischemica	
		□ angiopatia arti inferiori clinicamente severa		

ALTRO_____

GIUDIZIO

1. Sulla qualità del **CONTROLLO GLICEMICO**, riferito esclusivamente al giudizio di pericolosità alla guida:
□ Adeguato □ Non adeguato □ Ultimo valore HbA1c_____

2. Complessivo circa la frequenza e la capacità di **GESTIONE DELLE IPOGLICEMIE:**
□ Buono □ Accettabile □ Scarso

3. Sul profilo attribuibile in relazione al **RISCHIO PER LA SICUREZZA ALLA GUIDA**
limitatamente a quanto concerne la patologia diabetica e le complicanze riscontrate:

□ BASSO **si propone il rinnovo**
- □ 10 anni – conducente di età < 50 anni
- □ 5 anni – conducente di età >50 anni e < 70 anni
- □ 3 anni – conducente di età > 70 anni

□ MEDIO **si propone il rinnovo**
- □ 5 anni – conducente di età < 50 anni
- □ 3 anni – conducente di età >50 anni e < 70 anni
- □ 1 anno – conducente di età > 70 anni

□ ELEVATO

DATA _____ **Firma del Medico Specialista** _____
Diabetologo/Endocrinologo