CERTIFICATO MEDICO PER CML: PATENTI GRUPPO 2 (C,D,CE,DE) 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 **possono 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

COMPLICANZE

□ Non presenta complicanze
□ Presenta le seguenti complicanze:

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

ALTRO_____

GIUDIZIO

1. Su 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. L'interessato dichiara di essere pienamente cosciente dei rischi connessi all'ipoglicemia?
□ SI □ NO

4. L'interessato dimostra di monitorare regolarmente la glicemia secondo il piano di cura?
□ SI □ NO

DATA _____ Firma del Medico Specialista _____
Diabetologo/Endocrinologo