

Patenti Gruppo 2 - Paziente diabetico (Per la C.M.L.)

data ___/___/___

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 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 | <input type="checkbox"/> non proliferante | <input type="checkbox"/> proliferante | <input type="checkbox"/> edema maculare |
| ✓ Neuropatia | <input type="checkbox"/> autonoma | <input type="checkbox"/> sensitivo - motoria | <input type="checkbox"/> uso di farmaci specifici |
| ✓ Nefropatia | <input type="checkbox"/> microalbuminuria | <input type="checkbox"/> macroalbuminuria | <input type="checkbox"/> I.R.C. |
| ✓ 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

Firma dell'interessato per presa visione e ritiro certificazione

Firma del Medico Specialista
(Diabetologo/Endocrinologo)