

Si attesta che il/la Sig./Sig.ra

_____ nato/a _____ il _____ è affetto da Diabete Mellito Tipo _____ dal _____
è attualmente in terapia:

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

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 background Non proliferante proliferante Laser-trattata* Glaucoma*
Neuropatia autonoma sensitivo-motoria Uso di farmaci specifici
Nefropatia microalbuminuria macroalbuminuria I.R.C.
Complicanze cardiovascolari: TIA/ICTUS Cardiopatia ischemica

Angiopatia arti inferiori clinicamente severa Altro:

* * * in questi casi effettuare campo visivo binoculare, 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

L'interessato dichiara di essere pienamente cosciente dei rischi connessi all'ipoglicemia?

SI NO

L'interessato dichiara di monitorare regolarmente la glicemia secondo il piano di cura?

SI NO

Firma dell'interessato per presa visione e ritiro certificazione

Firma del Medico

Data _____