

# Patenti Gruppo 1 - Paziente diabetico

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:

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

**Giudizio 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**

Firma dell'interessato per presa visione e ritiro certificazione

Firma del Medico Specialista