

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 | ☐ non proliferante | ☐ proliferante | ☐ edema maculare |
| ✓ 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 _____

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)