

Si certifica che il/la Sig./Sig.ra
nato/ail/...../...../ è affetto/a da Diabete Mellito Tipo dal

TERAPIA attuale:

- Farmaci orali e non, che inducono ipoglicemie gravi:** (insulina, sulfaniluree, glinidi)
 Farmaci che NON inducono ipoglicemie gravi (metformina, inibitori dell'alfa-glicosidasi, glitazoni, analoghi o mimetici del GLP-1, inibitori del DPP-IV)
 Trattamento dietetico

COMPLICANZE

- Non presenta complicanze
 Presenta le seguenti complicanze:
✓ **Retinopatia** background non proliferante proliferante edema maculare
✓ **Neuropatia** autonoma sensitivo – motoria uso di farmaci specifici
✓ **Nefropatia** microalb. macroalb. I.R.C.
✓ **Complicanze cardiovascolari:** TIA/Ictus Cardiopatia Angiopatia severa a. i.
✓ **Altro** _____

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

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

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 (tenendo anche conto dei limiti previsti i per il tipo di trattamento e la categoria di patente)
 10 anni (età < 50)
 5 anni (età > 50 e < 70)
 3 anni (età > 70)
 MEDIO si propone il rinnovo (tenendo anche conto dei limiti previsti i per il tipo di trattamento e la categoria di patente)
 5 anni (età < 50)
 3 anni (età > 50 e < 70)
 1 anni (età > 70)
 ELEVATO

Firma dell'interessato (per presa visione e ritiro certificato)

**Timbro con specializzazione
Firma**

Data ____/____/____/