



CERTIFICATO MEDICO PER CML: PATENTI GRUPPO 2 (C,D,CE,DE) PAZIENTE DIABETICO

Si certifica che il/la signor/ra _____
nato/a a _____ il ____ / ____ / ____
residente a _____ in via _____
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"/> NO | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> non proliferante | <input type="checkbox"/> proliferante | <input type="checkbox"/> edema maculare |
| Neuropatia: | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> autonoma | <input type="checkbox"/> sensitivo-motoria | <input type="checkbox"/> uso di farmaci specifici |
| Nefropatia : | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> microalbuminuria | <input type="checkbox"/> macroalbuminuria | <input type="checkbox"/> I.R.C. |
| Cardiovascolari: | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> TIA / ICTUS | <input type="checkbox"/> cardiopatia ischemica | |
| | | | <input type="checkbox"/> angiopatia arti inferiori clinicamente severa | | |

ALTRO _____

GIUDIZIO

- Su qualità del **controllo glicemico**, riferito esclusivamente al giudizio di pericolosità alla guida:
 Adeguato Non adeguato Ultimo valore HbA1c _____
- 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

DATA _____

Firma dell'interessato _____
per presa visione e ritiro certificazione

DATA _____

Firma del Medico Specialista _____
Diabetologo/Endocrinologo