



CERTIFICATO MEDICO PER C.M.L. : PATENTE GRUPPO 1 – 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: NO SI non proliferante proliferante edema maculare
Neuropatia: NO SI autonoma sensitivo-motoria uso di farmaci specifici
Nefropatia : NO SI microalbuminuria macroalbuminuria I.R.C.
Cardiovascolari: NO SI TIA / ICTUS cardiopatia ischemica
 angiopatia arti inferiori clinicamente severa

ALTRO _____

GIUDIZIO

1. Sulla qualità del CONTROLLO GLICEMICO, riferito esclusivamente al giudizio di pericolosità alla guida

- Adeguato Non adeguato Ultimo valore HbA1c _____

2. Complessivo circa la frequenza e la capacità di GESTIONE DELLE IPOGLICEMIE

- Buono Accettabile Scarso

3. 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 5 anni – conducente di età < 50 anni
 3 anni – conducente di età >50 anni e < 70 anni
 1 anno – conducente di età > anni 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 > anni 70 anni

ELEVATO

DATA ___/___/___

Firma dell'interessato _____
per presa visione e ritiro certificazione

DATA ___/___/___

Firma del Medico Specialista _____
Diabetologo/Endocrinologo