



CERTIFICATO MEDICO PER C.M.L. : PATENTI GRUPPO 2 – 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. Su 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. L'interessato dichiara di essere pienamente cosciente dei rischi connessi all'ipoglicemia?

- SI NO

4. 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