



CERTIFICATO MEDICO PER C.M.L. : PATENTE GRUPPO 1 (A,B,BE)– 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

- 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** 10 anni – conducente di età < 50 anni
 5 anni – conducente di età >50 anni e < 70 anni
 3 anni – conducente di età > 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 > 70 anni

ELEVATO

DATA _____

Firma dell'interessato _____
per presa visione e ritiro certificazione

DATA _____

Firma del Medico Specialista _____
Diabetologo/Endocrinologo