

PATENTI GRUPPO 2 (PATENTI C, CE, D, DE) - PAZIENTE DIABETICO

Si certifica che il/la Sig./Sig.ra _____

Nato/a _____ il _____

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 possono indurre 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 Non proliferante Proliferante Edema maculare
- Neuropatia autonoma sensitiva motoria uso di farmaci specifici
- Nefropatia microalbuminuria macroalbuminuria IRC
- Complicanze Cardiovascolari: TIA/Ictus Cardiopatia ischemica
 angiopatia arti inferiori clinicamente severa
- altro: _____

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

Data _____

Firma dell'interessato per presa visione e ritiro certificazione

Firma del medico Specialista