

**PATENTI GRUPPO 1 (Patenti A, B, BE) - 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

**Giudizio 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 età < 50 anni)  
    5 anni (conducente età > 50 e < 70 anni)  
 MEDIO      si propone il rinnovo       3 anni (conducente età > 70 anni)  
    5 anni (conducente età < 50 anni)  
    3 anni (conducente età > 50 e < 70 anni)  
 ELEVATO      1 anno (conducente età > 70 anni)

Data \_\_\_\_\_

**Firma dell'interessato** per presa visione e ritiro certificazione

**Firma del medico Specialista**