

Paziente Diabetico (per la C.M.L.)

data _____

Si certifica che il Sig./Sig.ra _____ nato/a _____ il _____

è affetto/a 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 ipoglicemie gravi (che richiedono l'interventi di altra persona) e ricorrenti (almeno 2 episodi) Sì No

COMPLICANZE

Non presenta complicanze

Presenta le seguenti complicanze

- ❖ Retinopatia non proliferante proliferante edema maculare
- ❖ Neuropatia autonoma sensitivo-motoria uso di farmaci specifici
- ❖ Nefropatia microalbuminuria macroalbuminuria I.R.C.
- ❖ 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

Firma dell'interessato per presa visione e ritiro certificazione

Firma del Medico Specialista
(Diabetologo/Endocrinologo)