

da compilare a cura dello specialista

CERTIFICATO DIABETOLOGICO AI FINI DELLA VALUTAZIONE DELL'IDONEITÀ ALLA GUIDA – PATENTE C, D ed E

Si certifica che il sig./la sig.ra _____
nato/a a _____ il _____
è affetto/a da **Diabete mellito** di 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	<input type="checkbox"/> non proliferante	<input type="checkbox"/> proliferante	<input type="checkbox"/> edema maculare
Neuropatia	<input type="checkbox"/> autonoma	<input type="checkbox"/> sensitivo-motoria	<input type="checkbox"/> uso di farmaci specifici
Nefropatia	<input type="checkbox"/> microalbuminuria	<input type="checkbox"/> macroalbuminuria	<input type="checkbox"/> I.R.C.
Complicanze cardiovascolari	<input type="checkbox"/> TIA/ictus	<input type="checkbox"/> Cardiopatia ischemica	<input type="checkbox"/> Angioplastica arti inferiori clinicamente severa

Altro _____

Giudizio sulla qualità del CONTROLLO GLICEMICO, riferito esclusivamente al giudizio di pericolosità

- adeguato non adeguato ultimo valore HbA1c _____

Giudizio complessivo circa la frequenza e la capacità di gestione delle ipoglicemie

- buono accettabile scarso

Firma dell'interessato

per presa visione e ritiro certificazione

Firma del Medico Specialista

AVVERTENZA

Si avverte che l'interessato dovrà provvedere a segnalare alla Motorizzazione Civile Provinciale l'eventuale insorgenza di crisi ipoglicemiche gravi o di variazioni terapeutiche comportanti assunzione di farmaci che possono indurre ipoglicemia grave, in ottemperanza a quanto previsto agli articoli 7 e 8 dell'Allegato II del D.M. 30 novembre 2010 "Recepimento della direttiva 2009/112/CE della Commissione del 25 agosto 2009, recante modifica della direttiva 91/439/CE del Consiglio concernente la patente di guida", utilizzando il facsimile allegato.

Data _____

Firma per presa visione e ritiro _____

Alla MTC Provinciale di _____

Il sottoscritto _____

Patente tipo _____ n. _____

In ottemperanza a quanto previsto agli articoli 7 e 8 dell'Allegato II del D.M. 30 novembre 2010 "Recepimento della direttiva 2009/112/CE della Commissione del 25 agosto 2009, recante modifica della direttiva 91/439/CE del Consiglio concernente la patente di guida"

Comunica che

- ha manifestato una crisi di ipoglicemia grave
- per variazioni terapeutiche recenti assume farmaci che possono indurre ipoglicemia grave

Data _____

Firma _____

Clausola privacy. Ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003, i suoi dati personali saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa; Lei potrà esercitare in qualsiasi momento i diritti previsti dall'art. 7 del Codice.