Certificato Medico specialistico **Diabetologico** per patente di guida

(circ. Ministero della Salute – *DGPREV - prot. n. 0017798–P del 25.07.2011*)

Si certifica che il/la Sig./ la Sig.ra_____

nato/a a_____ il_____

è affetto/a da **Diabete Mellito** tipo_____ dal_____ in attuale terapia:

☐ 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 ☐ non proliferante ☐ proliferante ☐ edema maculare

○ Neuropatia ☐ autonomica ☐ 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_____ del_____

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 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:**

☐ 10 anni (conducente di età < 50 anni)

☐ 5 anni (conducente di età > 50 anni e < 70 anni)

☐ 3 anni (conducente di età > 70 anni)

☐ **ELEVATO**

- 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 ☐

_____

(Luogo e data)

_____

(Firma dell'interessato per presa visione e ritiro certificazione)

_____

Firma e Timbro del Medico

(specialista in Diabetologia o disciplina equipollente, ai sensi del D.M. 30.1.1998 e s.m.i., operante presso strutture pubbliche o private accreditate)

Allegato n. 19