REGIONE DEL VENETO ULSS9 SCALIGERA	**U.O.C. MEDICINA LEGALE** **COMMISSIONE MEDICA LOCALE** **PATENTI**	ALLEGATO N. 12 ALLA I.O. U_190_A2_iosegreteria-CML_rev09

In conformità all' Allegato III° del D.Lgs. 59/2011 ed alla Circolare Ministero Salute 25/07/2011 Prot. n. 0017798

PATENTI GRUPPO 2 – Paziente diabetico (Per la C.M.L.) data ___/___/_____

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

nato/a 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 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 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 visioni e ritiro certificazione*

Firma del medico specialista
(Diabetologo / Endocrinologo)