

## Patenti Gruppo 2 - Paziente diabetico (Per la C.M.L.)

data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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 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"/> 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)

## AVVERTENZA

(Da consegnare all'atto del ritiro della certificazione diabetologica)

Si avverte l'interessato che 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 recentemente una crisi ipoglicemica grave
- ☐ per variazioni terapeutiche recenti assume farmaci che possono indurre ipoglicemia grave

Data .....

Firma .....