

Intestazione o timbro dell' Ambulatorio di DIABETOLOGIA	<b>ALLA S.C. MEDICINA LEGALE</b>
	Genova,

Si certifica che il/la Sig./ra \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ è affetto da **Diabete Mellito** tipo \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_

TERAPIA attuale:

<b>nutrizionale</b>	<b>ipoglicemizzanti orali</b>	<b>insulina</b>
<b>ipoglicemizzanti orali + insulina</b>	<b>altro</b>	

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:

v Retinopatia	non proliferante	proliferante	edema maculare
v Neuropatia	autonomica	sensitivo – motoria	uso di farmaci specifici
v Nefropatia	microalbuminuria	macroalbuminuria	I.R.C.
v Complicanze cardiovascolari	TIA/Ictus	Cardiopatía ischemica	angiopatía arti inf. clinicamente severa
v Altro _____			

**Giudizio sulla qualità del CONTROLLO GLICEMICO, riferisce 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**

**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**

**FIRMA DELL'INTERESSATO** per presa visione e ritiro certificazione **FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO SPECIALISTA**