

Patenti Gruppo 1 - Paziente diabetico

Bari, li __/__/____

Si certifica che la Sig.

nata a _____ il _____ è affetto 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 autonoma 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 _____

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

- 5 anni (conducente di età <50 anni)
- 3 anni (conducente di età >50 anni e <70 anni)
- 1 anno (conducente di età >70 anni)

ELEVATO

Firma dell'interessato *per presa visione e ritiro certificazione*

Firma del Medico Specialista

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 dagli 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.

Firma per presa visione e ritiro

Alla MTC Provinciale di BARI

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____

Patente tipo _____ n. _____

In ottemperanza a quanto previsto dagli 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 _____