

Patenti Gruppo 1 - Paziente diabetico

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 | ☐ 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

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 | ☐ 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 ☐

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