

Intestazione

data ___ / ___ / ___

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

nato/a _____ il ___ / ___ / ___ è affetto/a da Diabete Mellito Tipo . _____ dal _____

è attualmente in terapia con, _____

Non presenta complicanze

Presenta le seguenti complicanze:

- ✓ Retinopatia background proliferante
- ✓ Neuropatia autonoma sensitivo- motoria
- ✓ Nefropatia microalb. macroalb I.R.C.
- ✓ Complicanze cardiovascolari

Giudizio sulla qualità del controllo glicemico, che influenza direttamente la velocità di progressione delle complicanze croniche

ADEGUATO

NON ADEGUATO

Giudizio complessivo circa la frequenza e la capacità di gestione delle ipoglicemie

BUONO

ACCETTABILE

SCADENTE

Giudizio sul profilo attribuibile in relazione al RISCHIO PER LA SICUREZZA ALLA GUIDA

Basso si propone il rinnovo *per* anni _____

Medio , *limitatamente a quanto concerne la patologia diabetica e delle complicanze riscontrate si ravvisa opportunità di limitare il rinnovo a* _____

Elevato, il tipo e l'entità di complicanze risultano tali da comportare un elevato- rischio alla guida

Firma del Diabetologo