

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