

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 autonómica 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 della ipoglicemia

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 o l'entità di complicanze risultano tali da comportare un elevato rischio alla guida

Firma del Diabetologo