



Certificato medico: idoneità alla guida e diabete mellito

Nome:

Data di Nascita:

- Diagnosi:** Diabete mellito Tipo 1 Tipo 2 Diabete specifico dal:
- Terapia antidiabetica:**
 Terapia orale (o agonista GLP1, agonista duale) Sulfonuree/Glinidi
 Terapia insulinica di: Insulina basale ultralenta Insulina basale, insulina coformulata Base in bolo
 Microinfusore di insulina senza CGMS Microinfusore di insulina con CGMS
- Monitoraggio del diabete:** monitoraggio continuo del glucosio (CGMS) misurazione della glicemia capillare
- Livello di rischio di ipoglicemia per i conducenti di veicoli a motore secondo le direttive SSED e SSML**
 Nessun rischio Basso rischio Rischio medio Rischio elevato Rischio molto elevato
- Istruzione per evitare l'ipoglicemia al volante e compliance:**
L'istruzione è avvenuta il: e/o promemoria consegnato il:
Livello di conoscenza/Conformità: buono sufficiente insufficiente
- Negli ultimi 2 anni si sono verificate ipoglicemie gravi (di grado III)?**
 No Sì In caso affermativo, quando e con quale frequenza?

7. Esami di laboratorio:

Data	HbA1c	Eventuali altri esami di laboratorio

- Vi sono malattie conseguenti?** No Sì
(retinopatia, neuropatia, insufficienza renale, angiopatia)

9. In caso affermativo, quali?

- Vista:** l'ultimo controllo oftalmologico è stato effettuato il (Rapporto allegato):

- L'idoneità alla guida dal punto di vista endocrinologico è confermata?** No Sì
In caso affermativo, per quale categoria? Gruppo 1 (incluso C1: uso privato) Gruppo 2

12. La prossima verifica con rimborso del certificato è prevista in::

- 1 anno 2 anni 3 anni 5 anni

Osservazioni o informazioni su altre malattie rilevanti per la medicina del traffico?

Il medico sottoscritto conferma di aver redatto il presente certificato in piena conoscenza delle "Direttive concernenti l'idoneità alla guida e la capacità di guida in presenza di diabete mellito" emanate da SSED e SSML.

Data

Timbro/firma: