



## Certificato medico: idoneità alla guida e diabete mellito

Nome: \_\_\_\_\_ Data di nascita: \_\_\_\_\_

1. **Diagnosi:** \_\_\_\_\_ nota da: \_\_\_\_\_

2. **Terapia antidiabetica:**  Terapia orale con: \_\_\_\_\_  
 Terapia insulinica con: \_\_\_\_\_

3. **Livello di rischio di ipoglicemia per i conducenti di veicoli a motore secondo le direttive SSED, ASD e SSML**

assenza di rischio  rischio basso  rischio moderato  rischio elevato

4. **Istruzione per evitare l'ipoglicemia al volante e compliance:**

L'istruzione è avvenuta il: \_\_\_\_\_ e/o promemoria consegnato il: \_\_\_\_\_

Livello di conoscenza:	<input type="checkbox"/> buono	<input type="checkbox"/> sufficiente	<input type="checkbox"/> insufficiente
Rispetto delle regole comportamentali:	<input type="checkbox"/> buono	<input type="checkbox"/> sufficiente	<input type="checkbox"/> insufficiente

5. **Negli ultimi 2 anni si sono verificate ipoglicemie gravi (di grado II o III)?**

No  Sì In caso affermativo, quando e con quale frequenza? \_\_\_\_\_

6. **Sussiste una mancata percezione dell'ipoglicemia?** (per es. punteggio di Clarke maggiore o uguale a 4)

No  Sì

7. **Esami di laboratorio** (se disponibili):

Data	HbA1c	Eventuali altri esami di laboratorio

8. **Vi sono malattie conseguenti** (retinopatia, neuropatia, insufficienza renale, angiopatia)  No  Sì

**In caso affermativo, quali?** \_\_\_\_\_

9. **Vista:** l'ultimo controllo oftalmologico è stato effettuato il: \_\_\_\_\_

Acuità visiva: acuità visiva da lontano **senza correzione** dx: \_\_\_\_\_ sx: \_\_\_\_\_ **con correzione** dx: \_\_\_\_\_ sx: \_\_\_\_\_

10. **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, ASD e SSML nel 2017.

Data: \_\_\_\_\_ Timbro / Firma: \_\_\_\_\_