

Intestazione o timbro dell' Ambulatorio Diabetologico

All'U.O. Medicina Legale  
SEDE

Si attesta che il/la Sig/Sig.ra \_\_\_\_\_

nato/a 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**

si

Accertamenti effettuati nell' ultimo anno:

data					
Glicemia					
Glicosuria					
Emoglobina Glicata					

Ricoveri nell' ultimo anno dovuti al diabete od a sue complicanze (specificare sul retro)

**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 attribuito in relazione al RISCHIO PER LA SICUREZZA ALLA GUIDA**

Basso si propone il rinnovo per non più di anni \_\_\_\_\_

Medio, limitatamente a quanto concerne la patologia diabetica e delle complicanze riscontrate si ravvisa opportunità di limitare il rinnovo a non più di anni \_\_\_\_\_

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

Genova, \_\_\_\_\_

**timbro e firma  
del Medico**