|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ***DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE*** ***Commissione Medica Locale Patenti di Guida Speciali***P.zza Pavoncelli, 11 – 71121 FoggiaPortale web: **https:**//www.sanita.puglia.it/web/asl-foggia**https:**//www.sanita.puglia.it/web/asl-foggia/dipartimenti\_det/-/journal\_content/56/36044/dipartimento-di-prevenzio-2 **e mail :** commissionepatentispeciali@aslfg.it |  **Mod.n.05/2025****Pagina 1 di 2** |
| **PATENTI GRUPPO 1 - Paziente diabetico** |

**DATA / / \_** Si certifica che il/la/Sig./Sig.ra \_ nato/a a prov. \_ il / / \_ è affetto/a da diabete mellito tipo dal / / **TERAPIA attuale**: □nutrizionale □ipoglicemizzanti orali □insulina □ipoglicem. orali + insulina □altro

Specificare farmaci

□che possono indurre ipoglicemie gravi □che non inducono ipoglicemie gravi

# CRISI IPOGLICEMICHE NEGLI ULTIMI 12 MESI

Riferisce episodi di crisi ipoglicemiche gravi (che richiedono l’intervento di altra persona) e ricorrenti (almeno due episodi)

# □SI □NO

COMPLICANZE

□Non presenta complicanze

□Presenta le seguenti complicanze:

- Retinopatia □ non proliferante □ proliferante □ edema maculare

- Neuropatia □ autonomica □ sensitivo motoria □ uso di farmaci specifici

- Nefropatia □ microalbuminuria □ macroalbuminuria □IRC

- Complicanze cardiovascolari □ TIA/Ictus □ Cardiopatia ischemica

□ Angiopatia agli arti clinicamente severa

- Altro

Giudizio sulla qualità del CONTROLLO GLICEMICO, riferito esclusivamente al giudizio di pericolosità alla guida:

□ADEGUATO □NON ADEGUATO □Ultimo valore di HbA1c

Giudizio complessivo circa la frequenza e la capacità di gestione delle ipoglicemie

# □BUONO □ACCETTABILE □SCARSO

Giudizio sul profilo attribuibile in relazione al rischio per la sicurezza alla guida limitatamente a quanto concerne la patologia diabetica e le complicanze riscontrate

□BASSO si propone il rinnovo per

□10 anni (conducente di età < 50 anni)

□5 anni (conducente di età > 50 anni e < 70 anni)

□3 anni (conducente di età> 70 anni)

□MEDIO si propone il rinnovo per

□5 anni (conducente di età < 50 anni)

□3 anni (conducente di età >50 anni e < 70 anni)

# □ELEVATO

**Timbro e firma del Medico Specialista**

(Diabetologo/Endocrinologo)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**AVVERTENZA**
Si avverte l’interessato/a che dovrà provvedere a segnalare alla Motorizzazione Civile Provinciale l’ eventuale insorgenza di crisi ipoglicemiche gravi o di variazioni terapeutiche comportanti assunzione di farmaci che possono indurre ipoglicemia grave, in ottemperanza a quanto previsto dagli artt.7 e 8 dell’allegato II del D.M. 30 Novembre 2010 “Recepimento della Direttiva 2009/112/CE della commissione del 25 agosto 2009,recante modifica della direttiva 91/439/CE del Consiglio concernente la patente di guida”, utilizzando il facsimile allegato

Firma per presa visione e ritiro

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ***ALLA COMMISSIONE MEDICA LOCALE PATENTI DI GUIDA SPECIALI DI FOGGIA***

In ottemperanza a quanto previsto dagli artt.7 e 8 dell’allegato II del D.M. 30 Novembre 2010 “Recepimento della Direttiva 2009/112/CE della commissione del 25 agosto 2009,recante modifica della direttiva 91/439/CE del Consiglio concernente la patente di guida”

**COMUNICA CHE**

□ ha manifestato recentemente una crisi ipoglicemica grave

□ per variazioni terapeutiche recenti, assume farmaci che possono indurre ipoglicemia grave.

DATA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_