|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ***DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE***  ***Commissione Medica Locale Patenti di Guida Speciali***  P.zza Pavoncelli, 11 – 71121 Foggia  Portale 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.06/2025**  **Pagina 1 di 2** |
| **PATENTI GRUPPO 2 – 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

L’interessato dichiara di essere pienamente cosciente dei rischi connessi all’ipoglicemia? □SI □NO L’interessato dimostra di monitorare la glicemia secondo il piano di cura? □SI □NO

Firma dell’interessato per presa visione e ritiro della certificazione

**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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_