

**Patenti di gruppo 1 – Paziente diabetico**

Si certifica che il/la sig/ra nato/a il

è affetto/a da <b>Diabete Mellito di Tipo</b>		dal	
<b>TERAPIA</b> attuale	<input type="checkbox"/> nutrizionale	<input type="checkbox"/> ipoglicemizzanti orali	
	<input type="checkbox"/> insulina	<input type="checkbox"/> ipoglicemizzanti orali + insulina	
	<input type="checkbox"/> altro		
Specificare farmaci:			
	<input type="checkbox"/> che possono indurre ipoglicemie gravi	<input type="checkbox"/> che non possono indurre ipoglicemie gravi	

**CRISI IPOGLICEMICHE NEGLI ULTIMI 12 MESI**

Riferisce episodi crisi ipoglicemiche gravi (che richiedono l'intervento di altre persone) e ricorrenti (almeno 2 episodi)  
 SÌ  NO

**COMPLICANZE**

Non presenta complicanze  
 Presenta le seguenti complicanze :

<b>RETINOPATIA</b>	<input type="checkbox"/> non proliferante	<b>NEUROPATIA</b>	<input type="checkbox"/> sensitivo-motoria
	<input type="checkbox"/> proliferante		<input type="checkbox"/> autonoma
	<input type="checkbox"/> edema maculare		<input type="checkbox"/> sensitivo -motoria
			<input type="checkbox"/> uso di farmaci specifici
<b>NEFROPATIA</b>	<input type="checkbox"/> microalbuminuria	<b>COMPLICANZE CARDIOVASCOLARI:</b>	<input type="checkbox"/> TIA / ICTUS
	<input type="checkbox"/> macroalbuminuria		<input type="checkbox"/> Cardiopatia ischemica
	<input type="checkbox"/> I.R.C.		<input type="checkbox"/> Angiopatia arti inferiori Clinicamente severa
Altro			

**GIUDIZIO SULLA QUALITA' DEL CONTROLLO GLICEMICO, riferito esclusivamente al giudizio di pericolosità alla guida**

ADEGUATO  NON ADEGUATO  Hb GLICATA (HbA1c

**GIUDIZIO COMPLESSIVO circa le frequenza e la capacità di gestione delle ipoglicemie**

buono  accettabile  scarso

**GIUDIZIO sul profilo da attribuire in relazione AL RISCHIO PER LA SICUREZZA ALLA GUIDA**

Limitatamente a quanto concerne la patologia diabetica e le complicanze riscontrate

<b>[BASSO]</b>	<b>si propone il rinnovo</b>
	<input type="checkbox"/> 10 anni (conducente di età < 50 anni)
	<input type="checkbox"/> 5 anni (conducente di età > 50 anni e < 70 anni )
	<input type="checkbox"/> 3 anni (conducente di età > 70 anni)
<b>[MEDIO]</b>	<b>si propone il rinnovo</b>
	<input type="checkbox"/> 5 anni (conducente di età < 50 anni)
	<input type="checkbox"/> 3 anni (conducente di età > 50 anni e < 70 anni )
	<input type="checkbox"/> 1 anni (conducente di età > 70 anni)
<b>[ELEVATO]</b>	

Data .....

Firma dell'interessato per presa visione e ritiro certificazione

.....  
(firma e timbro del medico specialista)

## ALLEGATO B

### **Certificazione di idoneità alla guida di autoveicoli per pazienti affetti da diabete mellito.**

Per la valutazione del profilo di rischio da attribuire ai soggetti diabetici in riferimento alla valutazione della pericolosità alla guida si propongono i seguenti criteri:

1. potrà essere considerato come **controllo glicemico ADEGUATO**, riferito esclusivamente al giudizio di pericolosità alla guida, un valore di **emoglobina glicata < 9.0%, non adeguato in caso di valori >9.0%**.
2. per le valutazioni delle **ipoglicemie** dovranno essere tenuti presenti al fine di attribuzione del giudizio di **BUONO, ACCETTABILE, SCADENTE** i seguenti **parametri valutativi**:
  - a. valutazione anamnestica della capacità del soggetto di avvertire l'ipoglicemia e gestirla precocemente e adeguatamente.
  - b. presenza/assenza di ipoglicemie gravi (che richiedano l'intervento di altra persona) e ricorrenti (almeno 2 episodi) riferite negli ultimi 12 mesi.
3. Per formulare il giudizio sul rischio per la sicurezza alla guida, gli elementi che dovranno essere considerati sono:
  - a) per rientrare in un profilo di **RISCHIO BASSO**
    - assenza di retinopatia
    - assenza di neuropatia
    - assenza di nefropatia
    - ipertensione ben controllata
    - assenza di ipoglicemie gravi e ricorrenti riferite negli ultimi 12 mesi
    - capacità del soggetto di avvertire l'ipoglicemia e gestirla precocemente e adeguatamente
    - controllo glicemico ADEGUATO
    - giudizio complessivo sull' ipoglicemia BUONO
  - b) per rientrare in un profilo di **RISCHIO MEDIO**:
    - USO DI FARMACI CHE POSSONO INDURRE IPOGLICEMIE GRAVI
    - retinopatia non proliferante o proliferante, se con buona conservazione del visus
    - neuropatia autonoma o sensitivo motoria di grado lieve, se con buona conservazione della percezione sensitiva e delle capacità motorie, non trattata con farmaci specifici.
    - nefropatia se solo con microalbuminuria o macroalbuminuria
    - ipertensione se ben controllata
    - cardiopatia ischemica se ben controllata
    - assenza di ipoglicemie gravi e ricorrenti riferite negli ultimi 12 mesi
    - capacità del soggetto di avvertire l'ipoglicemia e gestirla precocemente e adeguatamente
    - controllo glicemico NON ADEGUATO
    - giudizio complessivo sulle ipoglicemie ACCETTABILE
  - c) per rientrare in un profilo di **RISCHIO ELEVATO**:
    - retinopatia proliferante con riduzione del visus
    - neuropatia autonoma o sensitivo motoria grave, con perdita della percezione sensitiva e delle capacità motorie, trattata con farmaci specifici
    - nefropatia con insufficienza renale cronica
    - ipertensione non controllata, TIA/ictus, ischemia cardiaca recente (<1 anno) o non ben controllata
    - ipoglicemie grave e ricorrenti negli ultimi 12 mesi
    - incapacità del soggetto di avvertire l'ipoglicemia e gestirla precocemente e adeguatamente
    - controllo glicemico NON ADEGUATO
    - giudizio sull' ipoglicemie SCARSO

Il certificato diabetologico non deve essere rilasciato in data anteriore a 3 mesi.

## **LEGENDA**

(Circolare del Ministero della Salute DGPREV – 13043/P/I.4.c.d.2.2. del 04 maggio 2006)

Per la redazione del certificato possono essere accettati esami strumentali e di laboratorio effettuati entro l'anno con l'eccezione dell'emoglobina glicata il cui referto non deve superare i 6 mesi

# CERTIFICATO MEDICO RELATIVO AI PRECEDENTI MORBOSI

(da compilarsi a cura del **medico di fiducia**, ai sensi dell'art. 119 comma 3 del Codice della Strada come modificato dalla legge 29 luglio 2010 n°120)

**Certifico, sulla scorta dei dati anamnestici e clinici in mio possesso, che il Sig./la Sig. ra**

Cognome e Nome	_____	
Data e Luogo di Nascita	_____	Codice
Fiscale	_____	

Da me in cura  da più di un anno  da meno di un anno  
 presenta  non presenta

**condizioni morbose pregresse o in atto che possono costituire un rischio attuale per la guida, in riferimento a:**

**MALATTIE DELL'APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO (1)** SI  NO   
(specificare) .....

**MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO (2)** SI  NO   
(specificare) .....

Sindrome delle apnee notturne SI  NO   
O<sub>2</sub> terapia in atto SI  NO

**DIABETE (3)** SI  NO   
Terapia con insulina SI  NO

**MALATTIE ENDOCRINE** SI  NO   
(specificare) .....

**ALTERAZIONI FUNZIONALI APPARATO OSTEO-ARTICOLARE (4)** SI  NO   
(specificare) .....

**MALATTIE DEL SANGUE** SI  NO   
(specificare) .....

**INSUFFICIENZA RENALE (5)** SI  NO   
.....

**TRAPIANTO D'ORGANO** SI  NO   
.....

**ALTERAZIONI DELL'APPARATO VISIVO (6)** SI  NO   
(specificare) .....

**ALTERAZIONI DELL'APPARATO Uditivo** SI  NO   
(specificare) .....

**ALTERAZIONI DELL'APPARATO VESTIBOLARE** **SI**  **NO**

(specificare) .....

**MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO** **SI**  **NO**

Centrale (specificare).....

Deterioramento cognitivo .....

Epilessia (7) .....

Periferico (specificare).....

**INFERMITA' DI NATURA PSICHICA** **SI'**  **NO**

(specificare).....

Insufficienza mentale .....

Psicosi / Disturbi di Personalità .....

Depressione.....

Altre .....

In cura presso strutture psichiatriche territoriali? **SI'**  **NO**  **IN PASSATO**

**DIPENDENZA DA SOSTANZE PSICOATTIVE** **SI'**  **NO**  **IN PASSATO**

Abuso di alcool .....

Uso di sostanze stupefacenti .....

Uso di sostanze psicotrope (8) .....

In cura presso SERT o NOA? **SI'**  **NO**  **IN PASSATO**

**PORTATORE DI PROTESI? (9)** **SI'**  **NO**

(specificare) .....

Data .....

*Timbro del medico*

(con indicazione dell'eventuale specializzazione posseduta e numero regionale se medico di assistenza primaria)

*Firma del Medico*

**NOTE PER LA CORRETTA COMPILAZIONE**

*Barrare con una X le caselle interessate (precisando anche eventuali patologie pregresse).*

- (1) Specificare se soffre di ipertensione arteriosa, cardiopatia ischemica, pregresso IMA, aritmie, se è portatore di pacemaker o di defibrillatore cardiaco impiantabile (ICD) se affetto da valvulopatie, etc.
- (2) Specificare se vi è insufficienza respiratoria grave
- (3) Specificare le eventuali complicanze (oculari, nervose, cardiovascolari, etc.) e/o crisi ipoglicemiche
- (4) Alterazioni anatomiche o limitazioni funzionali (es. esiti di fratture, artrodesi, malformazioni)
- (5) Specificarne la gravità e l'eventuale trattamento dialitico.
- (6) Indicare se è affetto da glaucoma, maculopatie, alterazioni del campo visivo, o altre gravi patologie visive evolutive
- (7) Indicare diagnosi, decorso, data dell'ultima crisi e l'eventuale terapia in atto.
- (8) Ad esempio antidepressivi, ansiolitici, antipsicotici, etc.
- (9) Ad esempio protesi acustiche, protesi valvolari cardiache, protesi vascolari, etc.