

**SCHEDA DI VALUTAZIONE DIABETOLOGICA PER LA CONCESSIONE O IL RINNOVO DELLA PATENTE DI GUIDA**

COGNOME E NOME \_\_\_\_\_

DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_ ETA' ALLA DIAGNOSI DI DIABETE MELLITO \_\_\_\_\_

<p><b>CLASSIFICAZIONE</b></p> <p><input type="checkbox"/> TIPO 1</p> <p><input type="checkbox"/> TIPO 2</p> <p><input type="checkbox"/> ALTRI TIPI</p>	<p><b>TERAPIA</b></p> <p><input type="checkbox"/> dieta</p> <p><input type="checkbox"/> acarbose    metformina    sulfoniluree</p> <p><input type="checkbox"/> insulina - n° iniezioni/die.....</p>
<p><b>COMPLICANZE ACUTE</b></p> <p><input type="checkbox"/> ipoglicemia grave non preceduta da sintomi</p> <p><input type="checkbox"/> Chetoacidosi diabetica</p>	<p>eventi nell'ultimo anno</p> <p><input type="checkbox"/> NO   <input type="checkbox"/> SI   n° .....</p> <p><input type="checkbox"/> NO   <input type="checkbox"/> SI   n° .....</p>
<p><b>COMPLICANZE CRONICHE</b></p>	
<p><b>RETINOPATIA</b></p> <p><input type="checkbox"/> assente</p> <p><input type="checkbox"/> non proliferante</p> <p><input type="checkbox"/> maculopatia</p> <p><input type="checkbox"/> pre proliferante</p> <p><input type="checkbox"/> proliferante</p> <p><input type="checkbox"/> oftalmopatia diabetica avanzata</p>	<p><input type="checkbox"/> NEUROPATIA PERIFERICA</p> <p><input type="checkbox"/> NEUROPATIA AUTONOMICA</p> <p><input type="checkbox"/> NEFROPATIA CON IRC</p> <p><input type="checkbox"/> CARDIOPATIA ISCHEMICA</p> <p><input type="checkbox"/> VASCULOPATIA PERIFERICA</p> <p><input type="checkbox"/> glaucoma</p> <p><input type="checkbox"/> cataratta</p>
<p><b>VALUTAZIONE DEL COMPENSO METABOLICO RIFERITO AGLI ULTIMI TRE MESI</b></p>	
<p>Data dell'esame .....</p> <p>Hb glicata (HbA1c) .....(vn.....)</p> <p>Glicemia a digiuno .....mg/dl</p> <p>Glicemia post prandiale .....mg/dl</p>	<p>Glicosuria      [NO]      [SI]      [Occasionale]</p> <p>Chetonuria      [NO]      [SI]      [Occasionale]</p>
<p><b>ESAMI STRUMENTALI</b></p>	
<p>ECG                    data.....                    conclusioni.....</p> <p>Fundus Oculi        data .....                    conclusioni.....</p> <p>Fluorangiografia    data .....                    conclusioni.....</p> <p>Laserterapia        [NO]                    [IN CORSO]                    [ESITI STABILIZZATI]</p>	
<p><b>REGOLARITA' DEI CONTROLLI E COMPLIANCE TERAPEUTICA</b></p>	
<p>[BUONA]    [SUFFICIENTE]    [INSUFFICIENTE]</p>	
<p><b>GIUDIZIO SINTETICO SUL GRADO DI COMPENSO METABOLICO ATTUALE</b></p>	
<p>[BUONO]    [SUFFICIENTE]    [INSTABILE]    [SCOMPENSO CRONICO]    [NON VALUTABILE]</p>	

Firma del paziente

Timbro e Firma del medico