

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>CLASSIFICAZIONE</p> <p><input type="checkbox"/> TIPO 1</p> <p><input type="checkbox"/> TIPO 2</p> <p><input type="checkbox"/> ALTRI TIPI</p>	<p>TERAPIA</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>COMPLICANZE ACUTE</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>COMPLICANZE CRONICHE</p>	
<p>RETINOPATIA</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>VALUTAZIONE DEL COMPENSO METABOLICO RIFERITO AGLI ULTIMI TRE MESI</p>	
<p>Data dell'esame</p> <p>Hb glicata (HbA1c)(vn.....)</p> <p>Glicemia a digiunomg/dl</p> <p>Glicemia post prandialemg/dl</p>	<p>Glicosuria [NO] [SI] [Occasionale]</p> <p>Chetonuria [NO] [SI] [Occasionale]</p>
<p>ESAMI STRUMENTALI</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>REGOLARITA' DEI CONTROLLI E COMPLIANCE TERAPEUTICA</p>	
<p>[BUONA] [SUFFICIENTE] [INSUFFICIENTE]</p>	
<p>GIUDIZIO SINTETICO SUL GRADO DI COMPENSO METABOLICO ATTUALE</p>	
<p>[BUONO] [SUFFICIENTE] [INSTABILE] [SCOMPENSO CRONICO] [NON VALUTABILE]</p>	

Firma del paziente

Timbro e Firma del medico