

Patenti Nautiche - Paziente diabetico

Data ___/___/___

Si certifica che il/la Sig./Sig.ra _____

nato/a _____, prov./Stato _____, il ___/___/___,

C.F. _____, è affetto/a da diabete mellito tipo _____ dal ___/___/___

TERAPIA attuale:
 nutrizionale ipoglicemizzanti orali insulina ipoglicemizzanti orali + insulina altro

Specificare farmaci e posologia: _____

 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 2 episodi)

 SI NO**COMPLICANZE:** Non presenta complicanze Presenta le seguenti complicanze:

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Retinopatia | <input type="checkbox"/> non proliferante | <input type="checkbox"/> proliferante | <input type="checkbox"/> edema maculare |
| <input checked="" type="checkbox"/> Neuropatia | <input type="checkbox"/> autonoma | <input type="checkbox"/> sensitivo - motoria | <input type="checkbox"/> uso di farmaci specifici |
| <input checked="" type="checkbox"/> Nefropatia | <input type="checkbox"/> microalbuminuria | <input type="checkbox"/> macroalbuminuria | <input type="checkbox"/> I.R.C. |
| <input checked="" type="checkbox"/> Complicanze cardiovascolari: | <input type="checkbox"/> TIA/Ictus | <input type="checkbox"/> Cardiopatia ischemica | |
| | <input type="checkbox"/> Angiopatia arti inferiori clinicamente severa | | |

 Altro _____**Giudizio sulla qualità del CONTROLLO GLICEMICO, riferito esclusivamente al giudizio di pericolosità per la navigazione da diporto:** BUONO NON ADEGUATO¹ Ultimo valore 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 navigazione da diporto:***limitatamente a quanto concerne la patologia diabetica e le complicanze riscontrate* **BASSO** si propone la validità di:

- 10 anni (paziente di età < 50 anni)
- 5 anni (paziente di età > 50 anni e < 70 anni)
- 3 anni (paziente di età > 70 anni)

 MEDIO si propone la validità di:

- 5 anni (paziente di età < 50 anni)
- 3 anni (paziente di età > 50 anni e < 70 anni)
- 1 anno (paziente di età > 70 anni)

 ELEVATO non idoneo

Firma dell'interessato per presa visione e ritiro certificazione

Firma del Medico Specialista

¹ In presenza di un controllo glicemico non adeguato, il giudizio è demandato alla Commissione Medica Locale.