Attestato medico per il rilascio/rinnovo della patente di guida ai soggetti affetti da diabete mellito (art. 32 legge 472/99; circ. M.S. 24/01/2001)

Si attesta che il/la

Sig./ra _____

Nato/a a _____ il _____

Residente in _____ Provincia _____

Via o P.zza _____ n° _____

☐ **è affetto/a da diabete mellito "non insulino-dipendente"**

☐ **è affetto/a da diabete mellito "insulino-dipendente"**

☐ **non pratica alcuna terapia** ☐ **osserva dieta ipoglucidica**

☐ **pratica la seguente terapia:** ☐ **ipoglicemizzanti orali**

☐ **insulina**

☐ **ipoglicemizzanti orali + insulina**

☐ **altro** _____

_____

alle seguenti dosi _____

_____

il suddetto paziente:

☐ **è compensato metabolicamente** ☐ **non è compensato metabolicamente**

☐ **si sottopone a regolari controlli medici** ☐ **non si sottopone a regolari controlli medici**

☐ **non presenta complicanze d'organo**

☐ **presenta complicanze a livello dei seguenti organi od apparati:**

☐ **cardiocircolatorio** ☐ **renale** ☐ **neurologico** ☐ **oculare**

☐ **altro** _____

_____ **lì** _____

il medico curante

_____

(timbro e firma)