

**Dichiarazione anamnestica**  
**per soggetti affetti da diabete mellito tipo 2 in gestione integrata**  
**ai fini del rinnovo della patente di guida per gli autoveicoli**

Si dichiara che il/la Signor/a \_\_\_\_\_

di anni \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

affetto/a da **Diabete Mellito** Tipo 2 dal \_\_\_\_\_ e seguito/a in gestione integrata dal proprio MMG,

Non presenta complicanze in atto

Presenta le seguenti complicanze:

- Retinopatia (referti allegati)
- Vasculopatia periferica (referti allegati)
- Ischemia cerebrale (referti allegati)
- Cardiopatia ischemica (referti allegati)
- Nefropatia (referti allegati)
- Neuropatia (referti allegati)

**PRESENTA ALL'ULTIMO CONTROLLO METABOLICO:**

Emoglobina glicata \_\_\_\_\_ %                      eseguito il \_\_\_\_\_

Glicemia a digiuno \_\_\_\_\_ ml/dl                      eseguito il \_\_\_\_\_

**E' IN TERAPIA CON:**

---

---

---

---

- L'interessato dichiara di essere stato informato dei rischi connessi all'ipoglicemia? SI  NO
- L'interessato si presenta regolarmente ai controlli programmati dal MMG previsti dal protocollo di Gestione Integrata del paziente diabetico?      SI  NO

\_\_\_\_\_  
(Luogo e data)

\_\_\_\_\_  
**Firma dell'interessato**  
(per presa visione e ritiro certificazione)

\_\_\_\_\_  
**Firma e timbro del Medico di medicina generale**