

AZIENDA SANITARIA N.
SERVIZIO DIABETOLOGIA

Li,

Si certifica che

.....
nato a il
residente a

è affetto da Diabete Mellito Insulino Dipendente, insorto il.....
Pratica terapia insulinica con n°..... somministrazioni/die.

Effettua/non effettua autogestione del diabete con ripetute determinazioni della glicemia, della glicosuria/acetonuria. E' / non è istruito sui comportamenti da tenere in corso di attività sportiva .

Attualmente è in situazione di (buono/sufficiente/scarso)..... controllo glicemico, propenso/non propenso a scompensi ipo-iperglicemici.

Non presenta/ presenta complicanze d'organo o di apparato correlate:

Retinopatia:.....

Nefropatia:.....

Neuropatia periferica.....

Neuropatia autonoma.....

Risultati degli ultimi esami effettuati presso il Servizio :

HbA1c (.....):

Assetto lipidico (.....):

Creatininemia (.....):

Microalbuminuria (.....)

Test da sforzo al cicloergometro (referto da allegare)

.....
Ecocardiogramma (allegare eventuale referto)

.....
Patologie associate:

Tipo di sport per il quale si richiede il certificato.....

Il Medico
(timbro e firma)

Io sottoscritto _____
dichiaro di assumermi l'impegno di osservare / di far osservare _____ le terapie ed i
provvedimenti suggeriti dal Servizio Diabetologico al fine di mantenere stabili le
condizioni di controllo glicemico del diabete di cui sono affetto / è affetto mio
figlio. _____

firma dell'atleta (o del genitore)

data
