

Si certifica che l'atleta Nome ..... Cognome .....

Nato a ..... il .....

Residente a ..... Via .....

È affetto da Diabete Mellito Insulino dipendente, insorto il .....

È affetto da Diabete Mellito non Insulino dipendente, insorto il .....

Pratica terapia insulinica con n. .... somministrazioni/die .....

Pratica terapia insulinica con infusore .....

Pratica terapia medica con .....

Rispetta norme dietetiche .....

Effettua / non effettua autogestione del diabete con ripetute determinazione della glicemia, della glicosuria/acetonuria.

È / non è istruito sui comportamenti da tenere in corso di attività sportiva.

Attualmente è in situazione di (buono/sufficiente/scarso) controllo glicemico.

Non è propenso / è propenso a scompensi ipo-iperglicemici.

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

— Retinopatia                      — Nefropatia

— Neuropatia

Risultati degli ultimi esami effettuati presso il Servizio

— HbA1c                      (.....) data .....

— Assetto lipidico                      (.....) data .....

— Creatininemia                      (.....) data .....

— Microalbuminuria (.....) data .....

— Test da sforzo al cicloergometro (allegare eventuale referto) (.....) data .....

Ecocardiogramma                      (allegare eventuale referto) .....

Patologie associate .....

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

Il Medico  
(Timbro e Firma)