

ALLEGATO 1

AL SERVIZIO DIABETOLOGIA

AUSL.....

Li,

Si certifica che
Nato ail.....
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 (buon/sufficiente/scarso).....
controllo glicemico,
propenso/non propenso a scompensi ipo-iperglicemici.

Non presenta/presenta complicanza 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 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)

ALLEGATO 2

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

.....