



POLIAMBULATORIO
IUCOPILLA

CERTIFICAZIONE MEDICO DIABETOLOGO

ALLEGATO A

Alla c.a. del Medico Specialista in Medicina dello Sport

Si certifica che il/la Sig./Sig.ra _____ nato/a
_____ il _____ residente a

Che richiede il certificato agonistico per lo sport:

è affetto/a da Diabete Mellito dal _____.

TERAPIA ATTUALE:

- ☐ solo terapia dietetica
- ☐ terapia insulinica multi-iniettiva
- ☐ terapia insulinica mediante microinfusore
- ☐ terapia combinata (ipoglicemizzanti orali + insulina)
- ☐ ipoglicemizzanti orali
- ☐ Altro

Specificare quali farmaci:



Telefono

045 2426477



3791865737



Email

info@poliambulatorioiucopilla.it



www.poliambulatorioiucopilla.it



Indirizzo

Via Archimede, 10 - 37136

San Martino Buon Albergo - VR

Partita Iva 04589770231 - REA: VR - 433100



POLIAMBULATORIO IUCOPILLA

AUTOGESTIONE DEL DIABETE:

- rispetta le norme dietetiche: SI ☐ NO ☐
- effettua autogestione del diabete con ripetute determinazioni/monitoraggio della glicemia: SI ☐ NO ☐
- è istruito sui comportamenti da tenere in corso di attività sportiva SI ☐ NO ☐
- è in grado di adeguare la terapia e la dieta in base al dispendio energetico e alle caratteristiche specifiche dell'attività sportiva svolta SI ☐ NO ☐

COMPLICANZE:

- ☐ Non presenta complicanze
- ☐ Presenta le seguenti complicanze:
- Retinopatia ☐ non proliferante ☐ proliferante ☐ edema maculare
 - Neuropatia ☐ autonoma ☐ sensitivo- motoria ☐ uso di farmaci specifici
 - Nefropatia ☐ microalbuminuria ☐ macroalbuminuria ☐ I.R.C.
 - Complicanze cardiovascolari: ☐ TIA/ICTUS ☐ Cardiopatia ischemica
☐ Arteriopatia arti inferiori

Altro: _____

Attualmente dal punto di vista glicemico il paziente è in condizioni di compenso adeguato a svolgere l'attività per cui si chiede la certificazione.

Eventuali commenti:

Luogo e Data

Firma e Timbro del Medico Diabetologo



Telefono

045 2426477



3791865737



Email

info@poliambulatorioiucopilla.it



www.poliambulatorioiucopilla.it



Indirizzo

Via Archimede, 10 - 37136

San Martino Buon Albergo - VR

Partita Iva 04589770231 - REA: VR - 433100



POLIAMBULATORIO IUCOPILLA

ALLEGATO B

Dichiarazione di Responsabilità

Il sottoscritto atleta _____

ovvero (per i minorenni)

Il sottoscritto _____ esercitante la patria potestà sull'atleta

Richiedente la certificazione di idoneità sportiva agonistica relativamente allo sport

dichiara di

1. assumersi l'impegno di OSSERVARE (ovvero di FAR OSSERVARE AL SUDDETTO ATLETA) le terapie ed i provvedimenti suggeriti dai medici curanti, al fine di mantenere le attuali condizioni di compenso metabolico della malattia diabetica di cui è (ovvero: di cui l'atleta è) portatore, assumendosi la responsabilità delle eventuali conseguenze derivanti dalla loro trasgressione.
2. di esser stato adeguatamente informato dell'opportunità di comunicare alla Società Sportiva di appartenenza la presenza della propria malattia diabetica, affinché possano venir adottate le idonee misure comportamentali nel caso l'atleta stesso dovesse soffrire, durante gli allenamenti o le competizioni, di sintomatologia acuta attribuibile alla malattia diabetica.

Luogo e Data _____

In fede

Firma dell'atleta, ovvero (per i
minorenni) di chi esercita la
patria potestà



Telefono

045 2426477



3791865737



Email

info@poliambulatorioiucopilla.it



www.poliambulatorioiucopilla.it



Indirizzo

Via Archimede, 10 - 37136

San Martino Buon Albergo - VR