Pieczątka zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej

Karta konsultacyjna diabetologiczna do badań kierowców
(załącznik nr 6 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2019 r. w sprawie badań lekarskich osób ubiegających się o uprawnienia do kierowania pojazdami i kierowców (Dz. U. z 2019 r. poz. 1659)

Dane osobowe pacjenta
Imię i nazwisko badanego

PESEL

Nazwa i numer dokumentu tożsamości osoby, której nie nadano PESEL

Adres zamieszkania: Miejscowość Kod pocztowy

Ulica Numer domu/mieszkania

Cukrzyca: Data rozpoznania Typ cukrzycy Lekarz prowadzący cukrzycę:

Podmiot wykonujący działalność leczniczą

Poradnia diabetologiczna

Wiedza pacjenta dotycząca jego choroby, leczenia i powikłań: ☐ wysoka ☐ dostateczna ☐ **niedostateczna**

Umiejętność kontrolowania glikemii: ☐ dobra ☐ akceptowalna ☐ **niska**

Świadomość hipoglikemii; umiejętność zapobiegania i przeciwdziałania: ☐ dobra ☐ **niedostateczna**

Występowanie prodromalnych objawów hipoglikemii: ☐ tak ☐ **nie**

Ryzyko hipoglikemii: ☐ niskie ☐ akceptowalne ☐ **wysokie**

☐ **Obecność przewlekłych powikłań cukrzycy:** ☐ Brak przewlekłych powikłań cukrzycy

☐ ze strony narządu wzroku ☐ ze strony układu nerwowego ☐ ze strony układu sercowo-naczyniowego

Uwagi dotyczące przewlekłych powikłań cukrzycy:

.....

.....

Ocena zdolności do prowadzenia pojazdu:

.....

.....

W przypadku stosowania ciągłego monitorowania glikemii należy odpowiedzieć na 3 pytania:
1. Stałe stosowanie CGM: ☐ tak ☐ nie 2. Dobra znajomość i odpowiedź na CGM: ☐ tak ☐ nie
3. Regularne wizyty (nie rzadziej niż co 3–4 miesiące) w poradni z odczytem pamięci pompy i CGM: ☐ tak ☐ nie

Inne uwagi:

.....

Data sporządzenia opinii

Pieczątka i podpis lekarza specjalisty w dziedzinie diabetologii albo innego lekarza prowadzącego leczenie cukrzycy