

**CERTIFICAZIONE MEDICO DIABETOLOGO**

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:

\_\_\_\_\_

**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 (in allegato la dichiarazione di responsabilità).  SI'  NO

