Il/la Sig/Sig.ra ……., nat .. a …… il …../……/……..,

residente a …… in via …….

Affett … da Diabete Mellito tipo 1 dal …….

È stat… valutat.. presso il nostro Centro in previsione di un programma di attività sportiva amatoriale di particolare impegno (immersioni subacquee con autorespiratore entro curva di sicurezza)

Attualmente il/la paziente è in trattamento con:

……

Gli accertamenti eseguiti hanno evidenziato un livello di compenso metabolico ……
(HbA1c = ……..%)

Non ha presentato complicazioni metaboliche acute gravi negli ultimi 12 mesi

Non elementi clinico-anamnestici suggestivi di "hypoglycemia unawareness"

Non sono presenti complicanze croniche della malattia diabetica gravi e/o in fase evolutiva. In particolare si segnala:

- Retinopatia Diabetica …….
- Nefropatia diabetica ……
- Neuropatia diabetica periferica …….
- Neuropatia autonomica …….
- Macroangiopatia diabetica ……

Alla luce di quanto esposto, si conclude che non esistono, dal punto di vista diabetologico, controindicazioni alla pratica della attività sportiva in oggetto (immersioni subacquee con autorespiratore entro curva di sicurezza).

Tale certificazione è valida per i prossimi 12 mesi, s.c.

Sede e data

In fede