

Al Distretto Socio Sanitario, per il tramite dell'assistito
CERTIFICAZIONE DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

Si certifica che il/la Sig/a _____
nato/a il ____/____/____ residente a _____
codice fiscale o tessera sanitaria _____

a seguito del riscontro:

delle seguenti 2 determinazioni laboratoristiche di glicemia venosa a digiuno
(che soddisfano il criterio del riscontro di almeno 2 determinazioni ≥ 126 mg/dl)

data ____/____/____ glicemia _____ mg/dl,

data ____/____/____ glicemia _____ mg/dl,

oppure:

della curva glicemica alla seconda ora (che soddisfa il criterio della determinazione ≥ 200 mg/dl)

data ____/____/____ curva glicemica alla seconda ora _____ mg/dl,

E' AFFETTO DA DIABETE MELLITO

Data ____/____/____

Timbro e firma del MMG _____