



Dirección
General
Habilitación de
Conductores

CERTIFICADO TRASPLANTE HEPATICO

Sr. /Sra.: DNI:.....

FECHA DE TRSPLANTE HEPATICO:..... COMPLICACIONES :

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO :

GRADO DE INSUFICIENCIA HEPATICA (SI CORRESPONDE) Y PUNTUACION EN CLASIFICACIÓN DE CHILD-PUGH:.....

OBSERVACIONES:.....

EVOLUCION: PRONOSTICO:

¿USTED RECOMIENDA LA CONDUCCION VEHICULAR? SI/NO:

TRER LABORATORIO COMPLETO CON HEPATOGRAMA, ALBUMINA Y COAGULOGAMA CON RIN

FECHA: ____/____/____

FIRMA Y SELLO
CARDIÓLOGO TRATANTE

“Este documento y las recomendaciones no habilitan a la conducir”