



Dirección
General
Habilitación de
Conductores

CERTIFICADO DE TRATAMIENTO DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA (TVP)

Se solicita al Sr/a.

con DNI N° Diagnóstico:.....

complicaciones:

Inicio de tratamiento:..... Tratamiento actual:.....

Medicación (SI LA HUBIESE) Y dosis:.....

Evolución:..... Pronóstico:.....

¿Requiere cirugía?: SI NO ¿Fue operado?: SI NO Fecha de Cirugía:.....

¿Usted recomienda la conducción vehicular?: SI NO ¿Esta anticoagulado?:.....

Traer Ecodoppler venoso de miembros inferiores (últimos 6 meses)

*Firma y Sello
del Profesional*

Fecha: ____/____/____