



Dirección
General de
Habilitación a
Conductores

CERTIFICADO TRATAMIENTO DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA (TVP)

Sr./Sra.: DNI:

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:

¿Está anticoagulado?.....Valor RIN (último mes)

TRAER Ecodoppler venoso de miembros inferiores (de los últimos 6 meses)

Firma y Sello
CARDIOLOGO TRATANTE

Fecha: / /

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