CERTIFICADO EPOC

Sr. /sra.: .....DNI::.....

Diagnóstico: ..... Tiempo de evolución: .....

Estadio de la enfermedad según guías Gold: .....

Evaluación de disnea (escala mMRC: 0 a 4): .....

Medicación actual (dosis): .....

Uso de oxígeno: ..... Complicaciones: .....

Número de exacerbaciones en el último año: .....

Requirió internación: **SI / NO**.

Tratamiento indicado en la exacerbación……..

Severidad de la obstrucción espirométrica: .....

Pronóstico:.....evolución: .....

Patología asociada: .....

ESPIROMETRÍA con prueba broncodilatadora (del último año) Fecha: …./…./….

FEV1/FVC (Relación):…….(% teórico)
FEV1 Pre……..(% teórico)
FEV1 Post ……(% teórico)

_____/_____/_____
FECHA

FIRMA Y SELLO
NEUMONÓLOGO TRATANTE

"Este documento y las recomendaciones no habilitan a conducir"