CERTIFICADO TRATAMIENTO DE ANEURISMAS DE GRANDES VASOS

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

Diagnóstico: …….....

Complicaciones: …….....

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

Medicación (Si la HUBIESE) y dosis: .....

Evolución: ..... Pronóstico: .....

¿Requiere cirugía?: ☐ **NO** ☐ **SI** ¿Fue operado?: ☐ **NO** ☐ **SI**

Fecha de cirugía: .....

Ecodoppler arterial de segmento vascular comprometido (del último año).

Fecha: …../……/……. Conclusiones: ……

……

……

FIRMA Y SELLO
PROFESIONAL

_____/_____/_____
FECHA

"Este documento y las recomendaciones no habilitan a conducir"