CERTIFICADO ARRITMIA, CDI, MARCAPASO

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

Tipo arritmia: .....

Síntomas clínicos: .....

Evolución: ..... Patologías asociadas: .....

Sindrome Sincopal: .....

Tratamiento farmacológico: .....

ACO: .....RIN (valor último mes) .....

Tratamiento quirúrgico: .....

Tipo de dispositivo implantado: CDI ..... MARCAPASO.....

Fecha de colocación...../...../..... Último control técnico: ...../...../.....

Normofuncionante: ..... Estado y tiempo de batería: .....

¿Presentó descarga de CDI en los últimos 6 meses? .....

¿Fue indicado por prevención primaria o secundaria? .....

ECG:

Fecha:……/…../……, informe ……..……

ECOCARDIOGRAMA(del último año): Fecha:……/……./……. FEY (VI) % ……..…

Conclusiones: ……..……..……

……

(En caso de estar ACO) **LABORATORIO:** Fecha …../…../….. ,**RIN (último 3 meses):** valor: …….

_____/_____/_____
FECHA

FIRMA Y SELLO
CARDIÓLOGO TRATANTE

"Este documento y las recomendaciones no habilitan a conducir"