CERTIFICADO ISQUEMIA IAM

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

Antecedentes de Isquemia:..... IAM:..... Cara comprometida: ……..…….

Tratamiento:..... Fibrinolítico: .....

Angioplastia:……..Stent…….....CRM…….....AÑO.....…….....

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

HTA..... Insuficiencia cardiaca: .....

Tratamiento actual: ..... ACO .....

Capacidad funcional: .....Signos actuales de Isquemia:.....

ECG:

Fecha: ……/……/…..… , informe……

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

Conclusiones: ……..

……..…

……..

.

Si está ACO, LABORATORIO con RIN (último 3 meses): Fecha……/……/..… valor: ……..

FIRMA Y SELLO
CARDIÓLOGO TRATANTE

_____/_____/_____
FECHA

"Este documento y las recomendaciones no habilitan a conducir"