TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE

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

Diagnóstico específico: ……

Fecha de inicio de Tratamiento: …./…../…..

Medicación actual: ……

Valor de RIN: .....

Complicaciones en los últimos 6 meses (trombóticas,hemorrágicas) ……..

.....

Requerimiento de transfusión de sangre o hemoderivados en los últimos 3 meses: ……...

.....

LABORATORIO con RIN (último 3 meses): Fecha: ……/……/……, valor: ……

_____/_____/_____
FECHA

FIRMA Y SELLO
HEMATÓLOGO TRATANTE

"Este documento y las recomendaciones no habilitan a conducir"