CERTIFICADO VALVULOPATÍA

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

Válvula comprometida: ..... Prolapso: ..... Estenosis:.....

Insuficiencia: ..... Leve: ..... Moderada: ..... Grave: .....

Síntomas:..... Antecedentes de Síncope: **SI / NO**.

CF (Aclarar I-II-II-IV): ..... HTP: **SI** (Leve-Moderada-Severa) **NO.**

Tiempo de evolución: .....Tratamiento: .....

ACO: ..... Valor de último RIN: .....

Quirúrgico: ..... Reparación: ..... Reemplazo: ……..……

Mecánica: ..... Biológica: ..... Fecha de cirugía: ...../...../….....

Patologías Asociadas: ..... Pronóstico: .....

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

Conclusiones: ……..……

……..…

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

FIRMA Y SELLO
CARDIÓLOGO TRATANTE

_____/_____/_____
FECHA

"Este documento y las recomendaciones no habilitan a conducir"