HOSPITAL DE CLÍNICAS ITAJUBÁ - MG
ASSOCIAÇÃO DE INTEGRAÇÃO SOCIAL DE ITAJUBÁ

TRANSPLANTE RENAL

AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA

Data: ___/___/_____

Nome: _____

Prontuário: _____ **Liberação para transplante:** ☐ **Sim** ☐ **Não**

Avaliação:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Conduta:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Retorno:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Conduta:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Médico Responsável: _____

CRM: _____