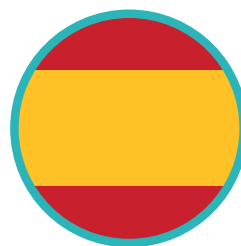


ARZTBESCHEINIGUNG

CERTIFICADO MÉDICO



Para ser presentado ante las autoridades:

[nombre del paciente]

Este paciente tiene un trastorno sanguíneo llamado

que conlleva una deficiencia (o disfunción) de factor

Conozco bien a este paciente. Si tuviese una hemorragia interna o externa, el paciente responde bien a un tratamiento temprano de transfusiones autoadministradas de concentrados de factor antihemofílico preferentemente

[nombre del concentrado]

Se puede confiar en la capacidad de juicio de

[nombre del paciente]

para decidir cuándo debe utilizar concentrados de factor y en qué dosis.

Atentamente,

[firma, nombre y cargo del médico]



Weitere hilfreiche Formulare unter [myhaemophilie.ch](https://www.myhaemophilie.ch)

A service provided by Takeda Pharma AG, 8152 Opfikon