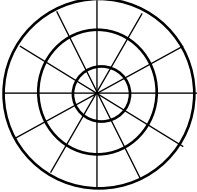
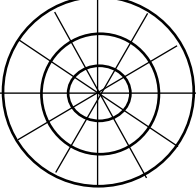


## 靶肿块乳腺 B 超检查报告

筛选号			患者姓名		
触诊检查日期:					
双侧乳房肿块示意图: <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">           (外侧) 右   </div> <div style="text-align: center;">           左 (外侧)   </div> </div> <p>说明: 乳房触诊靶肿块定位采用 12 点钟面, ABC 区域定位法, A 区为中心 1/3 乳房半径, B 区为中间 1/3 乳房半径, C 区为外 1/3 乳房半径。</p>					
乳房触诊	右侧乳房		左侧乳房		
	1. 靶肿块位置: _____点方向, <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C 区域		1. 靶肿块位置: _____点方向, <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C 区域		
研究者签名:			日期:		
注: 以下内容由 B 超室检查人员填写。					
乳腺 B 超检查日期:					
位置	右侧乳房		左侧乳房		
靶肿块区域	腺体厚度	____mm	腺体厚度	____mm	
靶肿块区域异常情况	结节	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有, 数量: <input type="checkbox"/> 1~3 个 <input type="checkbox"/> 4~5 个 <input type="checkbox"/> >5 个 最大结节大小 ____mm×____mm×____mm	结节	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有, 数量: <input type="checkbox"/> 1~3 个 <input type="checkbox"/> 4~5 个 <input type="checkbox"/> >5 个 最大结节大小 ____mm×____mm×____mm	
	结节样改变	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	结节样改变	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	
	乳腺导管扩张	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有, 数量: ____个 最宽内径: ____mm	乳腺导管扩张	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有, 数量: ____个 最宽内径: ____mm	
BI-RADS 分级	<input type="checkbox"/> 0 级; <input type="checkbox"/> 1 级; <input type="checkbox"/> 2 级; <input type="checkbox"/> 3 级; <input type="checkbox"/> 4A 级; <input type="checkbox"/> 4B 级; <input type="checkbox"/> 4C 级; <input type="checkbox"/> 5 级; <input type="checkbox"/> 6 级		<input type="checkbox"/> 0 级; <input type="checkbox"/> 1 级; <input type="checkbox"/> 2 级; <input type="checkbox"/> 3 级; <input type="checkbox"/> 4A 级; <input type="checkbox"/> 4B 级; <input type="checkbox"/> 4C 级; <input type="checkbox"/> 5 级; <input type="checkbox"/> 6 级		
B 超检查人员签名:			日期:		