

				INFORME RADIOGRÁFICO CON METODOLOGÍA OIT - 2000 <small>GEMO 008 - MINSA</small>				MED/RX - 001 - 2011								
PLACA N°				HCL				LECTOR		Dr.						
Nombre								Edad		años						
Fecha de Lectura		Día		Mes		Año		Fecha de Radiografía								
								Día		Mes		Año				
I. Calidad Radiográfica	1 Buena			Causas	1 Sobreexposición			5 Escapulas								
	2 Aceptable				2 Subexposición			6 Artefactos								
	3 Baja Calidad				3 Posición Centrado			7 Otros								
	4 Inaceptable				4 Inspiración insuficiente											
Comentarios sobre defectos Técnicos																
II. ANORMALIDADES PARENQUIMATOSAS (Si NO hay anomalías Parenquimatosas pase a III A. Pleurales)																
2.1 Zonas Afectadas Marque todas las Zonas afectadas				2.2 Profusión(opacidades pequeñas)(escala de 12 puntos) (consulte las radiografías estándar - marque la subcategoría de profusión)				2.3 Forma y Tamaño (consulte las radiografías estándar; se requieren 2 símbolos; marque un primario y un secundario)								
		Der.	Izq.	0/-	0/0	0/1	Primaria		Secundaria		2.4 Opacidades grandes(Marque 0 si no hay ninguna o marque A, B, C)					
Superior				1/0	1/1	1/2	p	s	p	s						
Medio				2/1	2/2	2/3	q	t	q	t						
Inferior				3/2	3/3	3/+	r	u	r	u						
III. ANORMALIDADES PLEURALES (si NO hay anomalías pase a símbolos *) SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>																
3.1 Placa Pleurales (0 = Ninguna, D = Hemitorax Derecho, I = Hemitorax Izquiero)																
Sitio (marque las casillas adecuadas)				Clasificación (marque)		Extensión pared torácica; combinada para placas de perfil y de frente						Ancho (opcional) (ancho mínimo exigido: 3mm)				
						1 < 1/4 de la pared lateral al Tórax						a De 3 a 5 mm				
						2 Entre 1/4 y 1/2 de la pared lateral del Tórax						b De 5 a 10 mm				
						3 > 1/2 de la pared lateral del Tórax						c Mayor a 10 mm				
Pared Torácica de Perfil		0	D	I	0	D	I	0	D	O	I	D		I		
								1	2	3	1	2	3	1	2	3
Defrente		0	D	I	0	D	I									
Diafragma		0	D	I	0	D	I									
Otro(s) Sitio(s)		0	D	I	0	D	I									
Obliteración del Ángulo Costofrenico								0	D	I						
3.2 Engrosamiento Difuso de la Pleura (0 = Ninguna, D = Hemitorax Derecho, I = Hemitorax Izquiero)																
Pared Torácica				Clasificación				Extensión				Ancho				
De perfil		0	D	I	0	D	I	0 D O I				D I				
								1	2	3	1	2	3	a	b	c
De frente		0	D	I	0	D	I									
IV. Símbolos *		SI		NO												
(Rodee con un círculo la respuesta correcta; si rodea od, escriba a continuación un COMENTARIO)																
aa	at	ax	bu	ca	cg	cn	co	cp	cv	di	ef	em	es	od		
fr	hi	id	oh	ih	kl	me	pa	pb	pi	px	ra	rq	tb			
COMENTARIO "od"																
Conclusiones																
<div style="border: 1px solid black; width: 200px; height: 50px; margin: auto;"></div> Sello y Firma Médico Evaluador																