Marque todas las Zonas afectadas pequeñas)(escala de 12 puntos) (consulte las radiografías estándar - marque la subcategoría de profusión) Der. Izq. O/- O/O O/1 Primaria Secundaria Secundaria Secundaria Secundaria O A A B B C											INFORME RADIOGRÁFICO CON METODOLOGÍA OIT - 2000 GEMO 008 - MINSA								MED/RX - 001 - 2011												
Fecha de Lectura Dia Mes Ano Nes Ano Nes N	PLAC	A N°	A N°							HCL LECTOR Dr.																					
Caldadad Radiográfica Separe Se	Non	nbre																		Edad años											
1	l				l		1									Fecha de Radiogr				afía											
Calidad Radiografica 2 Acaptable 2 Subexposicion 3 Posición Centrado 3 Posición Centrado 4 Inseptación 5 Posición Centrado 5 Posición Centrado 5 Posición Centrado 7 Posición	Lectura			i –		es		Año)			0			Ι									<u> </u>		S			Año) 	
Radiografic										Causas			sas			•				+											
A Inaceptable	l														•																
Comentarios sobre defectos Técnicos																			_		1	Otro	ros								
II. ANORMALIDADES PARENQUIMATOSAS (SI NO hay anormaldades Parenquimatosas pase a III A. Pleurales) 2.1 Zonas Afectadas			_												4 Inspiración insuficiente																
2.2 Profusión Opac dades Sequeñas (escala de 12 puntos) Consulte las radiografías estándar, se requieren Superior Pared Toracica Pared Toracica Pared Toracica Pared Toracica O D D D D D D D D D D D D D D D D D D																															
Marque todas las Zonas afectadas Pequeñas) (escala de 12 puntos) Consulte las radiografias estandar; se requieren S. C.) Superior Der. Izq. O/- O/0 O/1 Primaria Secundario) Secundario O si no hay ninguna o marque / Secundario O si no hay ninguna o marque / Secundario O si no hay ninguna o marque / Secundario O si no hay ninguna o marque / Secundario O si no hay ninguna o marque / Secundario O si no hay ninguna o marque / Secundario O si no hay ninguna o marque / Secundario O si no hay ninguna o marque / Secundario O si no hay ninguna o marque / Secundario O si no hay ninguna o marque / Secundario O si no hay ninguna o marque / Secundario O si no hay ninguna o marque / Secundario O si no hay ninguna o marque / Secundario O	·																														
Superior 1/0 1/1 1/2 p s p s D s Extension pared toracica; combinada para adecuadas) 1/2								peq (cor - ma	ueña: nsulte arque	s)(eso las ra la sul	scala de 12 puntos) radiografias estándar				ra 2	radiografías estándar; se 2 símbolos; marque un pr					e requieren			2.4 Opacidades grandes(Marque 0 si no hay ninguna o marque A, B, C)							
Medio				Der.		lz	q.		0/-		0/0		(0/1		Prin	а	Se		ecundaria							0				
Inferior Size Siz	Superior								1/0		1/1			1/2		р		s		р		s						Α			
III. ANORMALIDADES PLEURALES (si NO hay anormalidades pase a símbolos*) SI NO X	Medio								2/1		2/2	!		2/3		q		t	t c			t	t								
Sitio (marque las casillas adecuadas)	Inferior								3/2		3/3	3		3/+		r		u		r		u						С			
Extensión pared torácica; combinada para de lateral del Tórax Ancho (opcional) (ancho mínino exigido: 3mm)										anorn	nalidad	es pa	se a s	ímb	olos	; *)					SI			NO	X						
Sitio (marque las casillas adecuadas) Clasificación (marque) Pared Toracica 1 < 1/4 de la pared lateral al Tórax 2 Entre 1/4 y 1/2 de la pared lateral del Tórax b De 5 a 10 mm De 7 De	3.1 Place	a Pleu	rale	s (0	= Nir	iguna	, D =	Hem	nitorax	Dere	echo, I =	Hen	nitorax	(Izqı	uiero)															
1									placas de perfil y de frente								exigido: 3mm)														
Pared Toracica O D I				,				(ma	arque))	'																				
Pared Toracica 0																·				rax b											
Defrente								1			3									С			С	<u> </u>							
Diafragma	1		a U		D	-	0	DI				+-		-	+								 			3	1		2	3	
Otro(s) Sitio(s) 0 D I 0 D I Obliteración del Ángulo Costofrenico 0 D I 3.2 Engrosamiento Dífuso de la Pleura (0 = Ninguna, D = Hemitorax Derecho, I = Hemitorax Izquiero) Pared Torácica Clasificación Extensión Ancho De perfil 0 D I D I D I I D I I I D I I I I D I	Defrente			0	D	ı	0	D	ı																						
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 I 0 D I De frente 0 D I 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 fr hi id oh ih kl me pa pb pi px ra rq tb COMENTARIO "od"	Diafragma			0	D	ı	0	D	1																						
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 I D D I De frente 0 D I 0 D I D 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 fr hi id oh ih kl me pa pb pi px ra rq tb COMENTARIO "od"	Otro(s) Sitio(s)			0	D	I	0	D	I		, ,		1																		
Pared Torácica Clasificación Extensión Ancho	Obliterad	ción de	el Ár	ngulo	Cost	ofren	ico			0	D	I																			
De perfil	3.2 Engr					le la l	Т	_ `		Ť	, D = H	, ,									A construction										
De frente		Pare	d To			Ι.	1								Exte		_						1			An	cho				1
De frente 0 D I 0 D I 0 D I NO I NO I IV. Símbolos * SI NO NO I IV. Símbolos * SI NO IV. Símbolos * Sí	De perfil				D		0	0 0								_	+	 					-				-				
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 fr hi id oh ih kl me pa pb pi px ra rq tb COMENTARIO "od"	Do fronto		\dashv		_				+					1	2	3		1 2		3			а)	С	а		D	С	
(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 fr hi id oh ih kl me pa pb pi px ra rq tb COMENTARIO "od"	l 		+			'	+		+'																						
aa at ax bu ca cg cn co cp cv di ef em es fr hi id oh ih kl me pa pb pi px ra rq tb COMENTARIO "od"			oírou			looto			oi rod	00.00	ocorib	2 2 2	ontinu	aaiár	2 110	COME	NIT	A DIO)													
fr hi id oh ih kl me pa pb pi px ra rq tb COMENTARIO "od"	Ì																				di				-f						
COMENTARIO "od"																		_												od	
				Ia	on						KI II		le pa			pb			ρι ——		PA			Iä		rq					
Conclusiones			"od"	'																											
	Conclusion	ones																													

Sello y Firma Médico Evaluador

Telf.: E - mail:.