

## FORMULARIO DE INFORME RADIOGRAFICO CON METOLOGIA OIT

PLACA N° 42708421				HCL 42708421																	
NOMBRE: ALBERTO MERCHAN COSME												EDAD:		34 años							
FECHA DE LECTURA: 5/11/2018				FECHA DE RADIOGRAFÍA				5/11/2018													
<b>I. CALIDAD RADIOGRÁFICA</b>	1 BUENA				<b>CAUSAS:</b>	1 SOBREEXPOSICIÓN				5 ESCÁPULAS											
	2 ACEPTABLE					2 SUBEXPOSICIÓN				6 ARTEFACTOS											
	3 BAJA CALIDAD					3 POSICIÓN CENTRADO				7 OTROS											
	4 INACEPTABLE					4 INSPIRACIÓN INSUFICIENTE				8 NINGUNA											
COMENTARIOS DEFECTOS TÉCNICOS																					
<b>II. ANORMALIDADES PARENQUIMATOSAS</b> (SI NO hay anormalidades Parenquimatosas pase a III A. Pleurales)																					
<b>2.1 Zonas Afectadas</b> Marque todas las Zonas				<b>2.2 Profusión</b> (opacidades pequeñas)(escala de 12 puntos) (consulte las radiografías estándar - marque la				<b>2.3 Forma y Tamaño</b> (consulte las radiografías estándar; se requieren 2 símbolos; marque un primario y un secundario)				<b>2.4 Opacidades grandes</b> (Marque 0 si no hay ninguna o marque A, B, C)									
		Der.	Izq.	0/-	0/0	0/1	Primaria		Secundaria				O								
Superior				1/0	1/1	1/2	p	s	p	s			A								
Medio				2/1	2/2	2/3	q	t	q	t			B								
Inferior				3/2	3/3	3/+	r	u	r	u			C								
<b>III. ANORMALIDADES PLEURALES</b> (si NO hay anormalidades pase a símbolos *)												SI		NO	X						
<b>3.1 Placa Pleurales</b> (0 = Ninguna, D = Hemitórax Derecho, I = Hemitórax 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	a	b	c	a	b	c
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															
<b>3.2 Engrosamiento Difuso de la Pleura</b> (0 = Ninguna, D = Hemitorax Derecho, I = Hemitorax Izquiero )																					
Pared Torácica				Calcificación				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	a	b	c
De frente		0	D	I	0	D	I														
<b>IV. Símbolos *</b>				SI		NO	X														
(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	oh	id	ih	kl	me	pa	pb	pi	px	ra	rp	tb								
COMENTARIO :																					
CONCLUSIONES:																					
SELLO Y FIRMA MÉDICO EVALUADOR																					