

INFORME RADIOGRÁFICO CON METODOLOGÍA OIT - 2000
GEMO 008 - MINSA

PLACA N°				HCL				N009-SR000005081															
NOMBRE: MARGARITA YOLANDAxx SALVATIERRA DE RIOS												EDAD:		40 años									
F. LECTURA:												F RADIOGRAFÍA											
I. CALIDAD RADIOGRÁFICA	1 BUENA				CAUSAS:	1 SOBREEXPOSICIÓN				5 ESCÁPULAS													
	2 ACEPTABLE					2 SUBEXPOSICIÓN				6 ARTEFACTOS													
	3 BAJA CALIDAD					3 POSICIÓN CENTRADO				7 OTROS													
	4 INACEPTABLE					4 INSPIRACIÓN INSUFICIENTE																	
COMENTARIOS 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)				2.4 Opacidades grandes (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										
III. ANORMALIDADES PLEURALES (si NO hay anomalías pase a símbolos *)												SI		NO	X								
3.1 Placa Pleurales (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	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>0</td><td>D</td><td>I</td> <td>0</td><td>D</td><td>I</td> </tr> </table>										0	D	I	0	D	I
0	D	I	0	D	I																		
Obliteración del Ángulo Costofrenico								<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>0</td><td>D</td><td>I</td> <td>0</td><td>D</td><td>I</td> </tr> </table>								0	D	I	0	D	I		
0	D	I	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	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>0</td><td>D</td><td>O</td><td>I</td> </tr> </table>				0	D	O	I	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>D</td><td>I</td> </tr> </table>				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																
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:																							
SELLO Y FIRMA TECNÓLOGO								SELLO Y FIRMA MÉDICO EVALUADOR															