|  |  |
| --- | --- |
|  | МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я УКРАЇНИ |
| **<КЛІНІКА>** |
| <ДЕПАРТАМЕНТ>  <ДЕПАРТАМЕНТ> |

<адрес>,

E-MAIL: <електронна пошта>, Тел.: <телефон>

**КТ ДПН, ШИЇ, ОРГАНІВ ГРУДНОЇ КЛІТИНИ, МАЛОГО ТАЗУ**

|  |  |
| --- | --- |
| **Прізвище, ім’я, по батькові:** | <ім’я паціента> |
| **Дата народження:** | <дата народження паціента> |
| **Відділення:** |  |
| **Направляючий діагноз:** | <діагноз> |
| **Зона дослідження:** | <зона дослідження> |
| **Контрастне підсилення:** | <конт. підсилення> |
| **Скануюча система:** |  |
| **Дата дослідження:** | <дата дослідження> |
| **ЕД, м3в:** | <значення ЕЕД> |

* **<ім’я заголовка>**<значення заголовка>
* <параметр>**:** <значення>

<дата документу>

|  |  |
| --- | --- |
| **Лікар-радіолог:** | **<**ім’я лікаря> |
|  |  |