



МУЗ «Клиническая городская поликлиника №1»  
Отделение функциональной и УЗ диагностики  
г. Сургут, ул. Студенческая, 18 тел. 31-92-27  
ул. Сибирская, 14/2 тел. 52-56-18

**ПРОТОКОЛ**  
**УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ**

Аппарат: \_\_\_\_\_

Дата обследования: \_\_\_\_\_

Фамилия, имя, отчество: \_\_\_\_\_ Возраст: \_\_\_\_\_

**Околоушные слюнные железы:**

<u>Правая</u>	<u>Левая</u>
Расположение: _____	Расположение: _____
Контуры: _____	Контуры: _____
Размер: _____ (мм), _____	Размер: _____ (мм), _____
Эхогенность: _____	Эхогенность: _____
Структура: _____	Структура: _____
Протоки: _____ d=_____ (мм)	Протоки: _____ d=_____ (мм)

**Подчелюстные слюнные железы:**

<u>Правая</u>	<u>Левая</u>
Расположение: _____	Расположение: _____
Контуры: _____	Контуры: _____
Размер: _____ (мм), _____	Размер: _____ (мм), _____
Эхогенность: _____	Эхогенность: _____
Структура: _____	Структура: _____
Протоки: _____ d=_____ (мм)	Протоки: _____ d=_____ (мм)

**Подъязычные слюнные железы:** \_\_\_\_\_

<u>Правая</u>	<u>Левая</u>
Расположение: _____	Расположение: _____
Контуры: _____	Контуры: _____
Размер: _____ (мм), _____	Размер: _____ (мм), _____
Эхогенность: _____	Эхогенность: _____
Структура: _____	Структура: _____
Протоки: _____ d=_____ (мм)	Протоки: _____ d=_____ (мм)

**Заключение:** УЗИ признаки: \_\_\_\_\_

Врач: \_\_\_\_\_

Медицинский регистратор: \_\_\_\_\_