



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
ЦВЕТНОГО ДОППЛЕРОВСКОГО КАРТИРОВАНИЯ ПОЧЕЧНЫХ АРТЕРИЙ

Аппарат:

Дата обследования:

Фамилия, имя, отчество: Возраст:

СПРАВА:

Сосуд	СПК, см/с	RI	S/D
Устье почечной артерии	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ствол почечной артерии	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Сегментарные артерии	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Междольевые артерии	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Дуговые артерии	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

СЛЕВА:

Сосуд	СПК, см/с	RI	S/D
Устье почечной артерии	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ствол почечной артерии	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Сегментарные артерии	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Междольевые артерии	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Дуговые артерии	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Заключение:

Врач:

Медицинский регистратор: