



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 ПОЧЕК**

Аппарат:

Дата обследования:

Фамилия, имя, отчество:  Возраст:

Домашний адрес:

**Правый тазобедренный сустав:** ТИП

угол  $\alpha$  - <sup>°</sup>

угол  $\beta$  - <sup>°</sup>

Провокационный тест .

Ядра окостенений  .

**Левый тазобедренный сустав:** ТИП

угол  $\alpha$  - <sup>°</sup>

угол  $\beta$  - <sup>°</sup>

Провокационный тест .

Ядра окостенений  .

**Заключение:**   тип   
  тип

Врач:

Медицинский регистратор: