



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 ЭХОЭНЦЕФАЛОСКОПИИ

Аппарат:

Дата обследования:

Фамилия, имя, отчество:  Возраст:

MS =  мм. MD =  мм. DBT =  мм.

Ширина 3 желудочка  мм

Эхо – пульсация:

Латеральные эхосигналы:

Заключение:

Врач:

Медицинский регистратор: