



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 ВИЛОЧКОВОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Аппарат:

Дата обследования:

Фамилия, имя, отчество: Возраст:

Размеры:

Объем вилочковой железы (м³.)

Масса:

М/W:

Расположение:

Контуры:

Эхогенность:

Структура:

Комментарии:

Заключение:

Врач:

Медицинский регистратор: