



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 ОРГАНОВ МОШОНКИ

Аппарат:

Дата обследования:

Фамилия, имя, отчество: Возраст:

Диагноз:

Правое яичко: (мм)

Контур:

Эхогенность:

Эхоструктура:

Головка придатка: (мм)

Эхогенность:

Эхоструктура:

Вены семенного канатика:

до пробы Вальсальвы (мм),

во время пробы Вальсальвы (мм).

При ЦДК кровотока:

Дополнение:

Левое яичко: (мм)

Контур:

Эхогенность:

Эхоструктура:

Головка придатка: (мм)

Эхогенность:

Эхоструктура:

Вены семенного канатика:

до пробы Вальсальвы (мм),

во время пробы Вальсальвы (мм).

При ЦДК кровотока:

Дополнение:

Заключение:

Врач:

Медицинский регистратор: