



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 ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ**

Аппарат:

Дата обследования:

Фамилия, имя, отчество:  Возраст:

**Подчелюстные лимфатические узлы:**

справа:

слева:

**Переднешейные лимфатические узлы:**

справа:

слева:

**Заднешейные лимфатические узлы:**

справа:

слева:

**Надключичные лимфатические узлы:**

справа:

слева:

**Подключичные лимфатические узлы:**

справа:

слева:

**Подмышечные лимфатические узлы:**

справа:

слева:

**Парастеральные лимфатические узлы:**

справа:

слева:

**Паховые лимфатические узлы:**

справа:

слева:

При ЦДК кровотоков:

Заключение:

Врач:

Медицинский регистратор: