



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

#### КОМПЛЕКСНОГО ДУПЛЕКСНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ СОСУДОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Аппарат:

Дата обследования:

Фамилия, имя, отчество:

Возраст:

Сосуд	Правая н/к
Бедренная артерия	<input type="text"/>
Подколенная артерия	<input type="text"/>
Передняя б/берцовая артерия	<input type="text"/>
Задняя б/берцовая артерия	<input type="text"/>
Бедренная вена	<input type="text"/>
Подколенная вена	<input type="text"/>
Задние б/берцовые вены	<input type="text"/>
Подкожные вены	<input type="text"/>
Перфорантные вены	<input type="text"/>

Сосуд	Левая н/к
Бедренная артерия	<input type="text"/>
Подколенная артерия	<input type="text"/>
Передняя б/берцовая артерия	<input type="text"/>
Задняя б/берцовая артерия	<input type="text"/>
Бедренная вена	<input type="text"/>
Подколенная вена	<input type="text"/>
Задние б/берцовые вены	<input type="text"/>
Подкожные вены	<input type="text"/>
Перфорантные вены	<input type="text"/>

**Заключение:**

Врач:

Медицинский регистратор: