

安徽医科大学第一附属医院

食管静脉测压报告单

检测报告号：检测日期： 年 月 日

姓名 性别 年龄 病历号

科别 门诊号 住院号

检测设备 检测部位 送检单位

测压仪显示截图：

测压过程描述：

诊察意见：

检测医生 审核医生 报告日期