***PACIENTE******:*** *${name}*

***EXAMEN*** ***:*** *${descripcion}*

***INDICACIÓN :*** *${indicacion}*

***FECHA*** ***:*** *${date}*

**ECOGRAFIA DOPPLER ARTERIAL DE MIEMBRO SUPERIOR:**

**DERECHA:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ARTERIA** | **TIPO DE ONDA** | **PICO SISTOLICO** | **ATEROMAS** |
| SUBCLAVIA | Trifásica | cm/seg | NO |
| AXILAR | Trifásica | cm/seg | NO |
| HUMERAL | Trifásica | cm/seg | NO |
| RADIAL | Trifásica | cm/seg. | NO |
| CUBITAL | Trifásica | cm/seg. | NO |

**IZQUIERDA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ARTERIA** | **TIPO DE ONDA** | **PICO SISTOLICO** | **ATEROMAS** |
| SUBCLAVIA | Trifásica | cm/seg | NO |
| AXILAR | Trifásica | cm/seg | NO |
| HUMERAL | Trifásica | cm/seg. | NO |
| RADIAL | Trifásica | cm/seg. | NO |
| CUBITAL | Trifásica | cm/seg. | NO |

**CONCLUSIONES:**

* DOPPLER ARTERIAL DE MIEMBRO SUPERIOR DENTRO DE LÍMITES NORMALES.