

## RADIOLOOGILISTE UURINGUTE SAATEKIRI

Ristiku 1, 80010 Pärnu, tel 447 3561

Eesnimi: \_\_\_\_\_

Perekonnanimi: \_\_\_\_\_

Isikukood või sünniaeg: \_\_\_\_\_

Nimekleeps

Saatev arst (ees- ja perekonnanimi): \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Saatev osakond/raviasutus: \_\_\_\_\_

Uuringu kuupäev: \_\_\_\_\_ Kellaeg: \_\_\_\_\_

ÜLDRADIOLOOGIA	ÜLDRADIOLOOGIA	ULTRAHELIUURINGUD	KOMPUUTERTOMOGRAAFIA
<input type="checkbox"/> Alalõualuu	P V	<input type="checkbox"/> Kõht (maks, sapipõis, ühissapijuha, pankreas, põrn, neerud, ülemine kõhuaort, alumine	<input type="checkbox"/> Ajukolju
<input type="checkbox"/> Kolju	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Rangluu	<input type="checkbox"/> Retroperitoneum (neerud, kõhuaort, iliakaalarter, alumine õõnesveen)	<input type="checkbox"/> Temporaalluu
<input type="checkbox"/> Näokolju	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Abaluu	<input type="checkbox"/> Urogenitaaltrakt	<input type="checkbox"/> Näokolju/ siinused/ orbita
<input type="checkbox"/> Ninaluud	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Roided	<input type="checkbox"/> Endokavitaalne uuring (rektaalne või vaginaalne)	<input type="checkbox"/> Kaelapiirkond
<input type="checkbox"/> Ninakõrvalkoopad	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Õlaliiges	<input type="checkbox"/> Skrootum	<input type="checkbox"/> Rindkere
<input type="checkbox"/> Ninaneel	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Õlavars	<input type="checkbox"/> Kilpnääre	<input type="checkbox"/> Kõht
Rindkere <input type="checkbox"/> PA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kõünarliiges	Rinnanääre: <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> Bilat	<input type="checkbox"/> Vaagen
<input type="checkbox"/> LAT	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kõünarvars	<input type="checkbox"/> Interventsionaalne ultraheli (biopsia, drenaaž, punktsioon vms)	<input type="checkbox"/> Jäsemed (täpsustada)
<input type="checkbox"/> Lamades	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ranne	<input type="checkbox"/> arterite doppler	<input type="checkbox"/> Lülisamba kaelaosa
Rinnak <input type="checkbox"/> AP	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Labakäsi	<input type="checkbox"/> veenide doppler	<input type="checkbox"/> Lülisamba rinnaosa
<input type="checkbox"/> LAT	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sõrm ( )		<input type="checkbox"/> Lülisamba lumbaalosa
Kõhu <input type="checkbox"/> AP	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Vaagen		Kontrastaine: JAH <input type="checkbox"/> EI <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> LAT	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Puus		NB! Kontrastainega uuringute puhul:
<input type="checkbox"/> i/v urograafia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Puus (2 suunas)		S-Urea _____ mmol/L
<input type="checkbox"/> Retrograadne ureeterograafia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Reieluu		S-Crea _____ µmol/L
<input type="checkbox"/> Lülisamba kaelaosa	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Põlv		Ülitundlikkus: JAH <input type="checkbox"/> EI <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> L/s rinnaosa <input type="checkbox"/> seistes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Põlv seistes		
<input type="checkbox"/> L/s lumbaalosa <input type="checkbox"/> seistes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sääreluu		
<input type="checkbox"/> Lülisamba telg	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hüppeliiges		
<input type="checkbox"/> SI liidused	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alajäseme telg		
<input type="checkbox"/> Mammograafia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Labajalg		
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Varvas ( )		
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kandluu		
Muu: _____			

TÕLGE: inglise keel  soome keel  vene keel

Esmane (valvearsti poolne) hinnang röntgenuuringule:

Kliinilised andmed:

Uuringu eesmärk:

Kuupäev: \_\_\_\_\_ Arsti allkiri: \_\_\_\_\_

### TÄIDETAKSE RADIOLOOGIAOSAKONNAS

Uuringu teostas (ees- ja perekonnanimi): \_\_\_\_\_

Uuringu teostamise kuupäev: \_\_\_\_\_ kell: \_\_\_\_\_