

ULTRAHELIUURINGU SAATEKIRI

Ristiku 1, 80010 Pärnu
Tel 447 3561

Nimekleeps

Eesnimi: _____

Perekonnanimi: _____

Saatev arst (ees- ja perekonnanimi): _____ Telefon: _____

Saatev osakond/raviasutus: _____

Uuringu kuupäev: _____ Kellaeg: _____

ULTRAHELIUURING				
Kaelapiirkond		P	V	Rindkere piirkond
<input type="checkbox"/>	Kilpnääre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pleuraõõs
<input type="checkbox"/>	Kaela pehmed koed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rinnanääre
Veresoonte Doppler-uuring		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aksillaarkoobas
<input type="checkbox"/>	Kaela veresooned	P	V	Ülajäseme veresooned
<input type="checkbox"/>	Arterid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arterid
<input type="checkbox"/>	Veenid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Veenid
<input type="checkbox"/>	Maksaveresooned (maksaveenid, portaalveen)	P	V	Alajäseme veresooned
<input type="checkbox"/>	Neeruarterid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arterid
Kõhu- ja vaagnapiirkond		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Veenid
<input type="checkbox"/>	Kõht ja vaagen	Muu piirkond		
<input type="checkbox"/>	Kõht	<input type="checkbox"/>	Lümfisõlmede uuring (kaelal, aksillaarsel, ingvinaarsel)	
<input type="checkbox"/>	Vaagen	<input type="checkbox"/>	Punktsioonikoha märkimine	
<input type="checkbox"/>	Prostata (endorektaalne)	<input type="checkbox"/>	Skrootum	
<input type="checkbox"/>	Jääkuriin	<input type="checkbox"/>	Suunatud ultraheliuuring (muu modaliteedi leiu täpsustamiseks)	
Interventsionaalne ultraheli		<input type="checkbox"/>	Muu:	
<input type="checkbox"/>	INR:			
<input type="checkbox"/>	Trombotsüüdid:			
<input type="checkbox"/>	Pleurapunktsioon/drenaaž	P	V	Liigesed
<input type="checkbox"/>	Astsiidivedeliku punktsioon/drenaaž	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sõrmeliigesed
<input type="checkbox"/>	Kilpnäärme biopsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Randmeliiges
<input type="checkbox"/>	Rinnanäärme biopsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Küünarliiges
<input type="checkbox"/>	Maksabiopsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Õlaliiges
<input type="checkbox"/>	Neerubiopsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Puusaliiges
<input type="checkbox"/>	Eesnäärmebiopsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Põlveliiges
<input type="checkbox"/>	Muu biopsia:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hüppeliiges

Kliinilised andmed ja diagnoosi hüpotees:

Kuupäev: _____ Arsti allkiri: _____

Patsiendiinfo: Teie arst on suunanud Teid ultraheliuuringule. Palun tulge kohale 15 minutit enne saatekirjal märgitud kellaega kabineti ukse taha. **Kui Teile määratud uuringu aeg osutub ebasobivaks, palume kindlasti helistada radioloogiateenistuse registratuuri telefonil 447 3561.**

Ettevalmistus: vt patsiendi infolehte

www.ph.ee - Patsiendile & Külastajale - Patsientide infomaterjalid - Radioloogilised uuringud

Pärast maksa/neeru biopsiat: voodirežiim 4-6 h.

Pleurapunktsioonijärgselt kliinilisel vajadusel röntgenülesvõtte rindkerest.