



BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ, DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI
BAŞ-BOYUN ULTRASONOGRAFİ İSTEM FORMU



DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA NO
SRG.FR.04	04.09.2024	-	-	1

Hasta Bilgileri

İsim: _____ Soy isim: _____

TC kimlik : _____

Klinik Bilgi

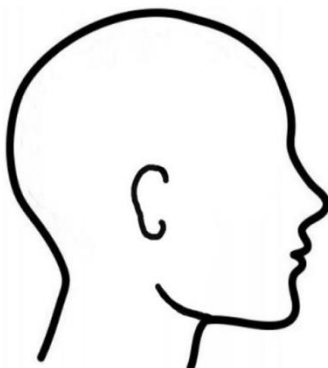
Klinik Ön Tanı

Ultrasonografi Değerlendirme

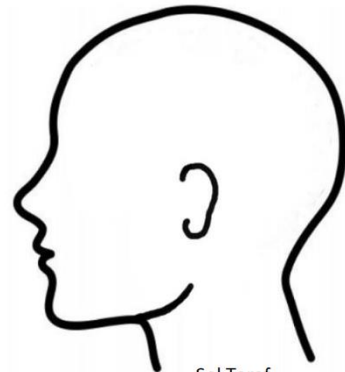
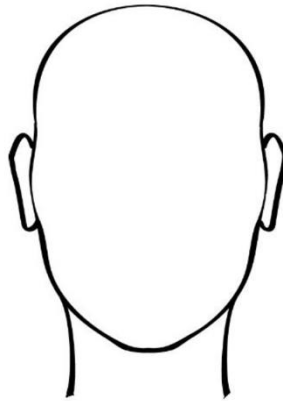
Ultrasonografi İstek Amacı: (uygun olan birden fazla seçenek seçilebilir)

- | | | | |
|--|---|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Parotid T.B. | <input type="checkbox"/> Submandibular T.B. | <input type="checkbox"/> Sublingual T. B. | <input type="checkbox"/> Lenf nodu |
| <input type="checkbox"/> Oral patoloji | <input type="checkbox"/> TME | <input type="checkbox"/> Yüzeyel Doku | <input type="checkbox"/> Kas |
| <input type="checkbox"/> Diğer | | | |

Çekim İstenilen Bölgeyi Daire İçine Alınız



Sağ Taraf



Sol Taraf

İstemde bulunan hekim (kaşe/imza): _____ Tarih: _____

İstemde bulunan bölüm: _____

Hasta görüntülemesi yapıldıktan sonra USG bulguları HBYS sistemine yazılacaktır.