



## ULTRASSONOGRAFIA DE OMBRO

UNIDADE DE REFERÊNCIA:

DATA:

NOME DO PACIENTE:

MATRÍCULA FF:

IDADE:

MÉDICO SOLICITANTE:

UNIDADE DE SAÚDE:

**OMBRO:**

**DIREITO**

**ESQUERDO**

**BOLSA SUBACROMIAL-SUBDELTOÍDEA:**

**SEM ALTERAÇÃO**

**ALTERADA**

OBSERVAÇÃO:

**TENDÃO DO BÍCEPS - PORÇÃO LONGA:**

**SEM ALTERAÇÃO**

**ALTERADO**

OBSERVAÇÃO:

**MANGUITO ROTADOR:**

TENDÃO DO SUBESCAPULAR:

**SEM ALTERAÇÃO**

**ALTERADO**

TENDÃO DO SUPRA - ESPINHAL:

**SEM ALTERAÇÃO**

**ALTERADO**

TENDÃO DO INFRA - ESPINHAL:

**SEM ALTERAÇÃO**

**ALTERADO**

OBSERVAÇÃO:

**CABEÇAS UMERAIS:**

**SEM ALTERAÇÕES**

**ALTERADAS**

OBSERVAÇÃO:

**MÚSCULO DELTOÍDE:**

**SEM ALTERAÇÃO**

**ALTERADO**

OBSERVAÇÃO:

**COLEÇÕES / CALCIFICAÇÕES:**

**AUSENTES**

**PRESENTES**

OBSERVAÇÃO:

**CONCLUSÃO**

DATA:

ASSINATURA / CARIMBO DO MÉDICO