

**ULTRASSONOGRAFIA ABDOMINAL**

UNIDADE DE REFERÊNCIA:	DATA:
NOME DO PACIENTE:	MATRÍCULA FF:
IDADE:   MÉDICO SOLICITANTE:	
UNIDADE DE SAÚDE:	

**FÍGADO**

PARÊNQUIMA:

DIMENSÕES:	SUPERFÍCIE:	BORDAS:
------------	-------------	---------

VASOS HEPÁTICOS:

SISTEMA BILIAR:

OBSERVAÇÃO:

**VESÍCULA BILIAR**

CONTORNOS:

PAREDE:

DIMENSÕES:

CONTEÚDO:

OBSERVAÇÃO:

**PÂNCREAS**

DIMENSÕES:

FORMA:

CONTORNOS:

PARÊNQUIMA:

DUCTO DE WIRSUNG:

OBSERVAÇÃO:

**BAÇO**

DIMENSÕES:

FORMA:

CONTORNOS:

PARÊNQUIMA:

OBSERVAÇÃO:

**RIM DIREITO**

CONTORNOS:

**RIM ESQUERDO**

CONTORNOS:

PARÊNQUIMA CORTICAL:

PARÊNQUIMA CORTICAL:

PELVE:

PELVE:

MEDIDAS:

ESPESSURA CORTICAL:

MEDIDAS:

ESPESSURA CORTICAL:

CÁLCULO(S):  X cm  NÃO EVIDENCIADO(S)CÁLCULO(S):  X cm  NÃO EVIDENCIADO(S)

OBSERVAÇÃO:

**AORTA:****VEIA CAVA:**

OBSERVAÇÃO:

**RETROPERITÔNIO:****BEXIGA:**

CONTORNOS:

PAREDE:

CONTEÚDO:

OBSERVAÇÃO:

**CONCLUSÃO:**

DATA:

ASSINATURA / CARIMBO DO MÉDICO