



## ULTRASSONOGRRAFIA RENAL E VIAS URINÁRIAS

UNIDADE DE REFERÊNCIA:

DATA:

NOME DO PACIENTE:

MATRÍCULA FF:

IDADE:

MÉDICO SOLICITANTE:

UNIDADE DE SAÚDE:

### BEXIGA

CONTORNOS:

PAREDE:

CONTEÚDO:

OBSERVAÇÃO:

### RIM DIREITO:

CONTORNOS:

PARÊNQUIMA CORTICAL:

PELVE:

MEDIDAS:

X

cm

ESPESSURA CORTICAL:

cm

CÁLCULO(S):

PRESENTE(S)

NÃO EVIDENCIADO(S)

DILATAÇÃO:  PRESENTE

NÃO EVIDENCIADA

OBSERVAÇÃO:

### RIM ESQUERDO:

CONTORNOS:

PARÊNQUIMA CORTICAL:

PELVE:

MEDIDAS:

X

cm

ESPESSURA CORTICAL:

cm

CÁLCULO(S):

PRESENTE(S)

NÃO EVIDENCIADO(S)

DILATAÇÃO:  PRESENTE

NÃO EVIDENCIADA

OBSERVAÇÃO:

### CONCLUSÃO

DATA:

ASSINATURA / CARIMBO DO MÉDICO