

CT Abdomen

Name:

Fallnummer:

Alter:

Ort:

Klinik:



n.b. = nicht beurteilbar
*1) = Spezifikation nicht möglich

Leber

Parenchym:	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> leicht echoinhomogen	<input type="checkbox"/> stark echoinhomogen	<input type="checkbox"/> Zirrhose	<input type="checkbox"/> n.b.				
Größe MCL (cm):	falls nicht messbar:		<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> klein	<input type="checkbox"/> groß	<input type="checkbox"/> vergrößert	<input type="checkbox"/> n.b.		
Raumforderung:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	in Segment(en):			<input type="checkbox"/> n.b.			
			<input type="checkbox"/> Tumor	<input type="checkbox"/> Abszess	<input type="checkbox"/> Angiom	<input type="checkbox"/> Kontusion	<input type="checkbox"/> Hämatom	<input type="checkbox"/> Zyste	<input type="checkbox"/> *1)
	Details:								
Leberrand:	<input type="checkbox"/> scharf	<input type="checkbox"/> abgerundet						<input type="checkbox"/> n.b.	
Gallen intrahep. gänge:	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> dilatiert						<input type="checkbox"/> n.b.	
extrahep. gänge:	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> dilatiert	<input type="checkbox"/> Choledocholithiasis					<input type="checkbox"/> n.b.	
Pfortader:	<input type="checkbox"/> offen	<input type="checkbox"/> Thrombose						<input type="checkbox"/> n.b.	
Vena cava:	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> auffällig	<input type="checkbox"/> Hypovolämie	<input type="checkbox"/> Hypervolämie					<input type="checkbox"/> n.b.
Bemerkung:									

Gallenblase

	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> Z.n. Cholezystektomie	<input type="checkbox"/> Cholezystolithiasis	<input type="checkbox"/> Cholezystitis	<input type="checkbox"/> Empyem	<input type="checkbox"/> n.b.	
Raumforderung:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Tumor	<input type="checkbox"/> Abszess	<input type="checkbox"/> Zyste	<input type="checkbox"/> *1)	<input type="checkbox"/> n.b.
	Details:						

Pankreas

Parenchym:	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> Lipomatosis	<input type="checkbox"/> Ödem	<input type="checkbox"/> Fibrose	<input type="checkbox"/> n.b.				
Verkalkung:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja				<input type="checkbox"/> n.b.			
Pankreatitis:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja				<input type="checkbox"/> n.b.			
Raumforderung:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Kopf	<input type="checkbox"/> Korpus	<input type="checkbox"/> Schwanz	<input type="checkbox"/> n.b.			
			<input type="checkbox"/> Tumor	<input type="checkbox"/> Abszess	<input type="checkbox"/> Angiom	<input type="checkbox"/> Kontusion	<input type="checkbox"/> Hämatom	<input type="checkbox"/> Zyste	<input type="checkbox"/> *1)
	Details:								
Bemerkung:									

Milz

	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> Splenomegalie (cm):	<input type="checkbox"/> Hämatom (cm):	<input type="checkbox"/> Flüssigkeitssaum (cm):	<input type="checkbox"/> n.b.
Bemerkung:					

CT Abdomen

Name:

Fallnummer:

Alter:

Ort:

Klinik:



n.b. = nicht beurteilbar
*1) = Spezifikation nicht möglich

Niere Rechts

Längsdurchmesser (cm):

Querdurchmesser (cm):

Parenchymsaum (cm):

 Parenchym: unauffällig reduziert atrophisch Z.n. Nephrektomie n.b.

 Nephrolithiasis: nein ja n.b.

 Harnstau: nein ja n.b.

 Raumforderung: nein ja oberer Pol mittig unterer Pol n.b.

 Tumor Abszess Angiom Kontusion Hämatom Zyste *1)

Details:

Bemerkung:

Niere Links

Längsdurchmesser (cm):

Querdurchmesser (cm):

Parenchymsaum (cm):

 Parenchym: unauffällig reduziert atrophisch Z.n. Nephrektomie n.b.

 Nephrolithiasis: nein ja n.b.

 Harnstau: nein ja n.b.

 Raumforderung: nein ja oberer Pol mittig unterer Pol n.b.

 Tumor Abszess Angiom Kontusion Hämatom Zyste *1)

Details:

Bemerkung:

Freie Flüssigkeit

 keine minimal ausgeprägt n.b.
Menge/
Verteilung:

Aorta

 unauffällig einzelne Plaques schwere Arteriosklerose Aneurysma Stenose n.b.

Diameter (cm):

 Lymphknoten vergrößert paraaortal: nein ja ggf. Größe (cm): n.b.

Bemerkung:

CT-Abdomen

Name:

Fallnummer:

Alter:

Ort:

Klinik:



n.b. = nicht beurteilbar
**1) = Spezifikation nicht möglich*

Kleines Becken unauffällig pathologisch n.b.

Bemerkung:

Untersucher

*Datum und Uhrzeit der Untersuchung**Erstellungsdatum:*