

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 (US)/ leicht dichtegemindert (CT)	<input type="checkbox"/> stark echoinhomogen (US)/ deutlich dichtegemindert (CT)	<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.:	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> dilatiert			<input type="checkbox"/> n.b.
gänge extrahep.:	<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. Chole- zystektomie	<input type="checkbox"/> Cholezystoli- thiasis	<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				
Pankreatitis:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja				
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: