Sở Y tế: ..............................

BV: ....................................

**Phiếu siêu âm**

*(lần thứ .................)*

MS: 11/BV-02

Số .....................................

- Họ tên người bệnh: .............................................................. Tuổi: ........................... Nam/Nữ

- Địa chỉ: ..................................................................................................... Số BHYT: ....................................................

- Khoa: ....................................................................................... Buồng: .....................................Giường: ......................

- Chẩn đoán: ......................................................................................................................................................................

- Yêu cầu kiểm tra: ............................................................................................................................................................

...........................................................................................................................................................................................

...........................................................................................................................................................................................

*Ngày ....... tháng ....... năm ...........*

**Bác sĩ điều trị**

Họ tên: ...........................................

**Kết quả siêu âm**

**1. Mô tả tổn thương:** .......................................................................................................................................................

...........................................................................................................................................................................................

...........................................................................................................................................................................................

...........................................................................................................

................................................................................................... **Hình ảnh siêu âm**

...........................................................................................................

...........................................................................................................

...........................................................................................................

...........................................................................................................

...........................................................................................................

...........................................................................................................

**2. Kết luận:** .......................................................................................

...........................................................................................................

...........................................................................................................

...........................................................................................................

...........................................................................................................

*Ngày ....... tháng ....... năm .............*

**Lời dặn của BS chuyên khoa: Bác sĩ chuyên khoa**

Họ tên: ...........................................