

HOSPCODE:

PID:



(รหัสหน่วยบริการตามกระทรวงสาธารณสุข)

(รหัสที่ได้จาก www.cascap.in.th)

Ultrasound Form

1. Exam Date / / 2 5 (ตัวอย่าง 23/01/2557)

2. Liver

2.1) Parenchymal ECHO

0. Normal 1. Abnormal ← โปรดตอบว่า Normal หรือ Abnormal ก่อนตอบข้ออื่นๆ

- 1a Mild fatty liver 1b Moderate fatty liver 1c Severe fatty liver
- 2a PDF1 2b PDF2 2c PDF3
- 3a Cirrhosis
- 4a Parenchymal change

2.2) Liver Mass 0. No 1. Single Mass 2. Multiple Masses

<input type="checkbox"/> a Liver cyst	Size.....cm.*	<input type="checkbox"/> a1 Rt.	<input type="checkbox"/> a2 Lt.
<input type="checkbox"/> b Hemangioma	Size.....cm.*	<input type="checkbox"/> b1 Rt.	<input type="checkbox"/> b2 Lt.
<input type="checkbox"/> c Calcification	Size.....cm.*	<input type="checkbox"/> c1 Rt.	<input type="checkbox"/> c2 Lt.
<input type="checkbox"/> d Intrahepatic duct stone	Size.....cm.*	<input type="checkbox"/> d1 Rt.	<input type="checkbox"/> d2 Lt.
<input type="checkbox"/> e High echo	Size.....cm.*	<input type="checkbox"/> e1 Rt.	<input type="checkbox"/> e2 Lt.
<input type="checkbox"/> f Low echo	Size.....cm.*	<input type="checkbox"/> f1 Rt.	<input type="checkbox"/> f2 Lt.
<input type="checkbox"/> g Mixed echo	Size.....cm.*	<input type="checkbox"/> g1 Rt.	<input type="checkbox"/> g2 Lt.

* กรุณาระบุขนาดของ Mass เป็นเส้นผ่าศูนย์กลางของด้านยาว (longitudinal) ของก้อนmass

2.3) Dilated Bile Duct

0. No dilated duct 1. Right lobe 2. Left lobe 3. Common bile duct

3. Gallbladder

- 1. Normal
- 2. Wall → 2a Thickening.....mm
 - 2a.1 Focal
 - 2a.2 Diffuse
- 3. Gallstone → 3.1 Single 3.2 Multiple
- 4. Post cholecystectomy
- 5. Not seen

4. Kidney

- 1. Normal
- 2. Renal cyst → 2.1 Rightcm 2.2 Leftcm
- 3. Parenchymal change → 3.1 Right 3.2 Left
- 4. Renal stone → 4.1 without hydronephrosis → 4.1a Right 4.1b Left
 - 4.2 with hydronephrosis → 4.2a Right 4.2b Left
- 5. Post Nephrectomy → 5.1a Right 5.2b Left
- 6. Not seen

5. Other Finding 1. Ascites 2. Splenomegaly 3. อื่นๆ ระบุ.....

6. การพบแพทย์ครั้งต่อไป (ตอบได้มากกว่าหนึ่งข้อ)

- 1. นัด 1 ปี (กรณีผลตรวจปกติ) 2. นัด 6 เดือน (กรณีผลตรวจผิดปกติ)
- 3. ส่งรักษาต่อที่โรงพยาบาล..... (กรณีระบุเหตุผลด้านล่าง)
- ส่งต่อเนื่องจาก 3.1. Suspected CCA 3.2. สาเหตุอื่นๆ โปรดระบุ.....

Diagnosed by Dr.....