|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Hastanın Adı Soyadı |  | Protokol Numarası |  |
| Cinsiyeti |  | Çekim Tarihi |  |
| Doğum Tarihi |  | Rapor Onay Tarihi |  |
| LOINC Kodu |  | Tetkiki İsteyen Servis |  |
| Erişim Numarası |  | Tetkiki İsteyen Hekim Adı Soyadı |  |

**Klinik Bilgi**

|  |  |
| --- | --- |
| Tanı Bilgisi |  |
| İstem Nedeni |  |

**Yöntem**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Tetkikin Adı  |  | Verilen Madde Bilgisi |  |
| Cihaz Adı/Marka/Model |  | Madde Miktar Bilgisi |  |
| Alınan Doz Bilgisi |  | Madde Veriliş Yolu |  |
| Tetkikin Yeri: |  |  |

**Çekim tekniği**

|  |
| --- |
|  |

**Karşılaştırma**

**Bulgular**

|  |
| --- |
|  |

**Sonuç- Öneriler**

|  |
| --- |
|  |

Diploma Tescil No/e-İmza

Uzman Onay

Adı Soyadı

……………….. Uzmanı

**Konsültasyon veya Ek Rapor (Aşağıdaki alanlar sadece Konsültasyon veya Ek rapor için eklenecektir.)**

**Bulgular**

|  |
| --- |
|  |

**Sonuç- Öneriler**

|  |
| --- |
|  |

Diploma Tescil No/e-İmza

Uzman Onay

Adı Soyadı

 ……………….. Uzmanı