

Befundbericht Schilddrüsensonographie

Patientenname: _____ Vorname: _____ Datum: _____

Schilddrüsenvolumen (Strumadefinition: Frauen: > 18 ml; Männer: > 25 ml)

Lappen rechts Breite _____ mm Tiefe _____ mm Länge _____ mm Volumen re. , ml **Gesamtvolumen**
Lappen links Breite _____ mm Tiefe _____ mm Länge _____ mm Volumen li. , ml , ml

Beurteilung des Schilddrüsenparenchyms

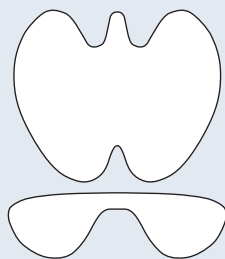
Homogenität homogen gering inhomogen inhomogen sehr inhomogen
Echodichte echodicht echogleich gering echoarm echoarm

Herdbefunde

Knoten/Herdbefunde nachweisbar nein ja **Vollständiger knotiger Umbau** rechts links

nur die 4 größten Knoten werden erfasst	Knoten 1	Knoten 2	Knoten 3	Knoten 4
Art des Befundes	<input type="checkbox"/> solider Knoten <input type="checkbox"/> zyst. degen. Knoten <input type="checkbox"/> Zyste <input type="checkbox"/> Verkalkung <input type="checkbox"/> palpabel	<input type="checkbox"/> solider Knoten <input type="checkbox"/> zyst. degen. Knoten <input type="checkbox"/> Zyste <input type="checkbox"/> Verkalkung <input type="checkbox"/> palpabel	<input type="checkbox"/> solider Knoten <input type="checkbox"/> zyst. degen. Knoten <input type="checkbox"/> Zyste <input type="checkbox"/> Verkalkung <input type="checkbox"/> palpabel	<input type="checkbox"/> solider Knoten <input type="checkbox"/> zyst. degen. Knoten <input type="checkbox"/> Zyste <input type="checkbox"/> Verkalkung <input type="checkbox"/> palpabel
Grösse (b x t x l)	____ x ____ x ____ mm	____ x ____ x ____ mm	____ x ____ x ____ mm	____ x ____ x ____ mm
Echogenität	<input type="checkbox"/> echonormal <input type="checkbox"/> echoarm <input type="checkbox"/> echoreich <input type="checkbox"/> echokomplex	<input type="checkbox"/> echonormal <input type="checkbox"/> echoarm <input type="checkbox"/> echoreich <input type="checkbox"/> echokomplex	<input type="checkbox"/> echonormal <input type="checkbox"/> echoarm <input type="checkbox"/> echoreich <input type="checkbox"/> echokomplex	<input type="checkbox"/> echonormal <input type="checkbox"/> echoarm <input type="checkbox"/> echoreich <input type="checkbox"/> echokomplex
Zusatzinformation	<input type="checkbox"/> echoarmer Randsaum <input type="checkbox"/> Mikroverkalkung	<input type="checkbox"/> echoarmer Randsaum <input type="checkbox"/> Mikroverkalkung	<input type="checkbox"/> echoarmer Randsaum <input type="checkbox"/> Mikroverkalkung	<input type="checkbox"/> echoarmer Randsaum <input type="checkbox"/> Mikroverkalkung

rechts links



Untersucher

MAT-DE-2204549-1.0-10/2022

Weitere Schilddrüseninformationen unter www.infoline-schilddruese.de