



İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ
Radyodiagnostik / Radyoloji İstem Formu

Adı Soyadı :
Protokol :/...../.....
Klinik Tanı :

Tarih :
Gönderen Doktor :

İSTENEN RADYOLOJİK TETKİKLER :

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Direkt Grafiler | <input type="checkbox"/> Pelvis AP | <input type="checkbox"/> Ultrason (US) |
| <input type="checkbox"/> Akciğer PA | <input type="checkbox"/> Omuz (Sağ - Sol) | <input type="checkbox"/> Üst Batın |
| <input type="checkbox"/> Akciğer grafisi (Sağ/sol lateral) | <input type="checkbox"/> Skapula Grafisi | <input type="checkbox"/> Tüm Batın |
| <input type="checkbox"/> Kranyum PA - Lat. | <input type="checkbox"/> Klavikula (PA - Oblic) | <input type="checkbox"/> Boyun |
| <input type="checkbox"/> Paranasal sinüs (Waters) | <input type="checkbox"/> Humerus AP - Lat. (Sağ - Sol) | <input type="checkbox"/> Meme |
| <input type="checkbox"/> Mandibula | <input type="checkbox"/> Dirsek AP - Lat. (Sağ - Sol) | <input type="checkbox"/> Aksilla |
| <input type="checkbox"/> Ayakta Direkt Batın | <input type="checkbox"/> On Kol AP - Lat. (Sağ - Sol) | <input type="checkbox"/> Yumuşak doku |
| <input type="checkbox"/> Direkt üriner sistem (DÜS) | <input type="checkbox"/> El PA - Oblic (Sağ - Sol) | <input type="checkbox"/> Bilgisayarlı tomografi (BT) |
| <input type="checkbox"/> IVP | <input type="checkbox"/> Femur AP - Lat. (Sağ - Sol) | <input type="checkbox"/> Kranyum |
| <input type="checkbox"/> Servikal Vert. AP - Lat. | <input type="checkbox"/> Diz Eklemi AP - Lat (Sağ - Sol) | <input type="checkbox"/> Boyun |
| <input type="checkbox"/> Dorsal Vert. AP - Lat. | <input type="checkbox"/> Tibia Fibula AP - Lat. (Sağ - Sol) | <input type="checkbox"/> Toraks |
| <input type="checkbox"/> Lomber Vert. AP - Lat. | <input type="checkbox"/> Ayak Bileği AP-Lat.(Sağ - Sol) | <input type="checkbox"/> Üst Batın |
| <input type="checkbox"/> Sakrum AP - Lat. | <input type="checkbox"/> Ayak Tetkiki AP-Lat.(Sağ - Sol) | <input type="checkbox"/> Tüm Batın |

Not: Varsa önceki incelemelerinizi yanınızda getiriniz

OE-GS-PR-001/FR-007
Rev. No:00



İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ
Radyodiagnostik / Radyoloji İstem Formu

Adı Soyadı :
Protokol :/...../.....
Klinik Tanı :

Tarih :
Gönderen Doktor :

İSTENEN RADYOLOJİK TETKİKLER :

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Direkt Grafiler | <input type="checkbox"/> Pelvis AP | <input type="checkbox"/> Ultrason (US) |
| <input type="checkbox"/> Akciğer PA | <input type="checkbox"/> Omuz (Sağ - Sol) | <input type="checkbox"/> Üst Batın |
| <input type="checkbox"/> Akciğer grafisi (Sağ/sol lateral) | <input type="checkbox"/> Skapula Grafisi | <input type="checkbox"/> Tüm Batın |
| <input type="checkbox"/> Kranyum PA - Lat. | <input type="checkbox"/> Klavikula (PA - Oblic) | <input type="checkbox"/> Boyun |
| <input type="checkbox"/> Paranasal sinüs (Waters) | <input type="checkbox"/> Humerus AP - Lat. (Sağ - Sol) | <input type="checkbox"/> Meme |
| <input type="checkbox"/> Mandibula | <input type="checkbox"/> Dirsek AP - Lat. (Sağ - Sol) | <input type="checkbox"/> Aksilla |
| <input type="checkbox"/> Ayakta Direkt Batın | <input type="checkbox"/> On Kol AP - Lat. (Sağ - Sol) | <input type="checkbox"/> Yumuşak doku |
| <input type="checkbox"/> Direkt üriner sistem (DÜS) | <input type="checkbox"/> El PA - Oblic (Sağ - Sol) | <input type="checkbox"/> Bilgisayarlı tomografi (BT) |
| <input type="checkbox"/> IVP | <input type="checkbox"/> Femur AP - Lat. (Sağ - Sol) | <input type="checkbox"/> Kranyum |
| <input type="checkbox"/> Servikal Vert. AP - Lat. | <input type="checkbox"/> Diz Eklemi AP - Lat (Sağ - Sol) | <input type="checkbox"/> Boyun |
| <input type="checkbox"/> Dorsal Vert. AP - Lat. | <input type="checkbox"/> Tibia Fibula AP - Lat. (Sağ - Sol) | <input type="checkbox"/> Toraks |
| <input type="checkbox"/> Lomber Vert. AP - Lat. | <input type="checkbox"/> Ayak Bileği AP-Lat.(Sağ - Sol) | <input type="checkbox"/> Üst Batın |
| <input type="checkbox"/> Sakrum AP - Lat. | <input type="checkbox"/> Ayak Tetkiki AP-Lat.(Sağ - Sol) | <input type="checkbox"/> Tüm Batın |

Not: Varsa önceki incelemelerinizi yanınızda getiriniz

OE-GS-PR-001/FR-007
Rev. No:00