

Лечебно заведение _____
 Адрес _____
 Гр./село _____
 Област _____

ПРИЛОЖЕНИЕ №9
 Към формуляр №365 и №365Б
 Представя се от всички лечебни заведения

РЕНТГЕНОВИ ИЗСЛЕДВАНИЯ И ПРОЦЕДУРИ ПРЕЗ 201.....Г.

брой

Вид на изследването	Ши-фър	Общо	Разпределение по възрастови групи			Разпределение по пол	
			0–15 год.	16–40 год.	над 40 год.	мъже	жени
а	б	1	2	3	4	5	6
Графия на гръдна клетка	01						
Томография класическа	02						
Скопия на гръдна клетка	03						
Флуорография	04						
Графия на крайници	05						
Графия на глава	06						
Графия на гръбначен стълб – цервикални прешлени	07						
Графия на гръбначен стълб – торакални прешлени	08						
Графия на гръбначен стълб – лумбо-сакрална област	09						
Графия на таз / бедра	10						
Обзорна графия на корем	11						
БУМ	12						
Контрастно изследване на хранопровод и гълтач	13						
Контрастно изследване на стомах и дванадесетопръстник	14						
Пасаж на черва	15						
Контрастно изследване на дебело черво – иригография	16						
Урография	17						
Холецистография	18						
Микционна цистография	19						
Хистеросалпингография	20						
Пелвиметрия	21						
Мамографии – скрининг	22						
Мамографии – клинична диагноза	23						
Компютърна томография – общо (ш.25 до 31)	24						
в т.ч. на: глава	25						
гръдна клетка	26						
корем	27						
малък таз	28						
гръбнак	29						
цяло тяло	30						
друга	31						

Вид на изследването	Ши-Фър	Общо	Разпределение по възрастови групи			Разпределение по пол	
			0–15 год.	16–40 год.	над 40 год.	мъже	жени
а	б	1	2	3	4	5	6
Кардиална ангиография	32						
Мозъчна ангиография	33						
Ренална ангиография	34						
Флебография	35						
Аортоартериография	36						
Миелография	37						
Други ангиографии	38						
Перкутанна коронарна интервенция	39						
Валвулопластика	40						
Имплантиция на сърдечен стимулатор	41						
Други сърдечни интервенционални процедури	42						
Мозъчни интервенционални процедури	43						
Ендоскопска ретроградна холангиопанкреатография (ERCP)	44						
Интероперативна и трансдренажна холангиография	45						
Други терапевтични несъдови интервенции	46						
Други терапевтични съдови интервенции	47						
Други изследвания	48						
Всичко изследвания (ш.01 до 24 + ш.32 до 48)	49						
Интраорална дентография	50						
Панорамна дентография	51						
Дентална компютърна томография	52						
Всичко дентални изследвания (ш.50+51+52)	53						
Всичко изследвания (ш.49+53)	54						

Съставил:.....
(име, телефонен N)

Ръководител на ЛЗ:.....
(подпис, печат)

Дата:.....

Директор на РЗИ:.....
(подпис, печат)