

## **Apraksta standarts diagnostiskā radioloģijā.**

### **Radioloģiskā izmeklējuma apraksts sastāv no šādām daļām:**

1. Datums, neatliekamiem izmeklējumiem arī izmeklējuma laiks un apraksta laiks.
2. Pacienta dati – vārds uzvārds, personas kods.
3. Izmeklējuma iemesls (nosūtīšanas dg, uzdotie jautājumi).
4. Virsraksts.
5. Apraksts.
6. Slēdziens .

### **Virsraksts.**

Pilns un izvērsts izmeklējuma nosaukums.

Rtg – projekciju skaits.

US - ķermeņa daļa .

CT – ķermeņa daļa, bezkontrasta sērija. Ja ar k.v. , tad – k.v. nosaukums, koncentrācija, daudzums, ievadīšanas veids un kontrastējuma fāzes, piem., arteriāla, venozā, vēlīnā.

MR – ķermeņa daļa, sēriju nosaukumi, (plaknes), ja ar k.v. – kādu, cik daudz, ievadīšanas veids, kontrastējuma fāzes.

### **Apraksts.**

Atspoguļo radiologa diagnosta attēlu interpretācijas procesu (domu gaitu), kura noved pie secinājuma (slēdziena).

Norāda izmeklējuma kvalitāti ietekmējošos faktoros ., ja tādi ir – artefakti, kontrindikācijas k.v. ievadīšanai, ja tas bija nepieciešams u.c

Aprakstot patoloģiju vai normu, izmanto specifiskos metodes terminus – izgaismojums, aizēnojums, ehogenitāte, densitāte, blīvums, intensitāte, vaskularizācija u.c. Apraksta daļai jābūt saprotamai kā radiologam, tā arī citu specialitāšu ārstam.

Aprakstu vēlams sākt ar svarīgāko patoloģiju vai arī ar tā orgāna vai patoloģijas aprakstu, kas ir izmeklējuma iemesls.

Mērījumus, īpaši tilpuma procesu, veic vismaz divās plaknēs, novērtēšanai dinamikā.

Aprakstā piemin visus orgānus un/vai sistēmas, daļas, kuras izmeklējumā ir ietvertas. Pieļaujams – orgānus vai sistēmas, kuras nav saistītas ar atrasto patoloģiju tikai uzskaitīt ar atzīmi – bez patoloģiskas atrades.

Aprakstot **kontroles izmeklējumu**, norāda patoloģiskā procesa mainību dinamikā, t.sk., mērījumus vismaz divās plaknēs. Jāņem vērā, ka nākošā sekojošā kontroles izmeklējuma aprakstītajam var nebūt pieejami primārā izmeklējuma attēli, tāpēc īsumā jāapraksta arī citi orgāni un sistēmas (saīsināts apraksts).

### **Slēdziens (secinājums).**

Slēdziens jāveido, lai tas būtu saprotams citas specialitātes ārstam.

Slēdziens atspoguļo patoloģijas :

- topiku,
- nozoloģiju,
- ja iespējams – morfoloģiju.

Jāietver šādas daļas:

1. Atbilde uz uzdoto jautājumu vai izmeklējuma indikācijām.
2. Svarīgākā, smagākā patoloģija.
3. Visas pārējās atrades.
4. Ja izmeklējums „normāls” – 2.un 3.vietā – bez patoloģiskas atrades.
5. Salīdzinājums ar iepriekšējo izmeklējumu (datums) – dinamikas izvērtējums.

Ja diagnoze nav skaidra vai ir neviennozīmīga:

- Nosauc iespējamās diferenciāldiagnozes.
- Iesakā turpmākās izmeklēšanas metodes vai lūdz papildus klīniskos, anamnētiskos, citu izmeklējumu datus.
- Ja nepieciešama kontrole – pēc cik ilga laika un ar kādu metodi.

„**Īsajos” aprakstos**, piemēram, traumatoloģijā, kur apraksts ir īss un jau ietver slēdzienu, drīkst rakstīt – Slēdziens. Identisks aprakstam.

**Neatliekamajos izmeklējumos** „ātrais” apraksts var sastāvēt tikai no slēdziena daļas ar piebildi – detalizēts apraksts sekos.