

**ПРИЛОЖЕНИЕ № 9**

към формуляр № 365-О и № 365Б-О  
Представя се от всички лечебни заведения

Лечебно заведение _____
Адрес _____
Град/село _____
Област _____
Телефон: _____ e-mail: _____

**РЕНТГЕНОВИ ИЗСЛЕДВАНИЯ И ПРОЦЕДУРИ ПРЕЗ 202... ГОДИНА**

(Брой)

Вид на изследването	Ши-фър	Общо	Разпределение по възрастови групи			Разпределение по пол	
			0–14 год.	15–39 год.	над 40 год.	мъже	жени
а	б	1	2	3	4	5	6
Графия на гръдна клетка	01						
Класическа томография <sup>1</sup>	02						
Флуорография	03						
Графия на глава	04						
Графия на гръбначен стълб – цервикални прешлени	05						
Графия на гръбначен стълб – торакални прешлени	06						
Графия на гръбначен стълб – лумбо-сакрална област	07						
Графия на гръбначен стълб – всички отдели	08						
Графия на таз / бедра	09						
Графия на крайници и/или стави	10						
Графия на корем (обзорна, БУМ или друга)	11						
Рентгеноскопия на гръдна клетка	12						
Миелография	13						
Контрастно изследване на хранопровод и гълтач	14						
Контрастно изследване на стомах и дванадесетопръстник (с или без хранопровод)	15						
Пасаж на черва	16						
Контрастно изследване на дебело черво – иригография	17						
Холецистография	18						
Ендоскопска ретроградна холангиопанкреатография (ERCP)	19						
Холангиография <sup>2</sup>	20						
Урография	21						
Микционна цистография	22						
Хистеросалпингография	23					x	
Пелвиметрия	24						
Мамографии	25						
в т.ч.: Мамографии скринингова програма	26						
Мамографски СВСТ <sup>3</sup> изследвания	27						
Артрография	28						

Вид на изследването	Ши-фър	Общо	Разпределение по възрастови групи			Разпределение по пол	
			0–14 год.	15–39 год.	над 40 год.	мъже	жени
а	б	1	2	3	4	5	6
<b>Компютърна томография – общо (с или без контраст, вкл. КТ-ангиографии)</b>	29						
в т.ч. на: глава (череп и лицеви кости)	30						
глава (мозък и меки тъкани)	31						
компютърна томография на дентална област <sup>4</sup>	32						
гръбначен стълб – шиен отдел	33						
гръбначен стълб – торакален отдел	34						
гръбначен стълб – лумбален отдел	35						
гръбначен стълб – всички отдели	36						
гръдна клетка	37						
корем (с или без малък таз)	38						
таз	39						
цяло тяло	40						
крайници	41						
други	42						
Мозъчна ангиография	43						
Аортография с или без ангиография на крайници	44						
Торакална ангиография <sup>5</sup>	45						
Кардиална ангиография <sup>6</sup>	46						
Коремна ангиография <sup>7</sup>	47						
в т.ч.: Ренална ангиография	48						
Тазова ангиография <sup>8</sup>	49						
Периферна ангиография <sup>9</sup>	50						
в т.ч.: Периферна флебография/ венография	51						
Лимфангиография <sup>10</sup>	52						
Други ангиографии	53						
СВСТ – други <sup>11</sup>	54						
Мозъчни интервенционални процедури	55						
Перкутанна транслуминална коронарна ангиопластика и стентиране	56						
Валвулопластика	57						
Имплантация на сърдечен стимулатор	58						
Други сърдечни интервенционални процедури	59						
Други терапевтични съдови интервенции	60						
Други терапевтични несъдови интервенции	61						

Вид на изследването	Ши-фър	Общо	Разпределение по възрастови групи			Разпределение по пол	
			0–14 год.	15–39 год.	над 40 год.	мъже	жени
а	б	1	2	3	4	5	6
Други рентгенови изследвания или процедури	62						
<b>Всичко изследвания (без дентални)</b>	63						
Интраорална секторна дентография	64						
Панорамна дентография	65						
Дентално СВСТ <sup>3</sup> изследване	66						
Цефалометрия	67						
<b>Всичко дентални изследвания</b>	68						
<b>Общо рентгенови изследвания и процедури</b>	69						

<sup>1</sup> На рентгенографичен апарат

<sup>2</sup> Включително ретроградна холангиография, оперативна холангиография, интравенозна холангиография, холангиография Т-дрен, трансхепатална холангиография

<sup>3</sup> СВСТ – конусно лъчева компютърна томография

<sup>4</sup> Вписват се КТ-изследвания, проведени на конвенционален компютърен томограф, не СВСТ

<sup>5</sup> Включително бронхиална артериография, пулмонална артериография, горна-вена-кава-графия

<sup>6</sup> Включително коронарография на коронарните артерии с или без лява камера (с или без аорта)

<sup>7</sup> Включително ренална артериография, мезентериална артериография, долна вена кавография, ренална флебография, супраренална флебография

<sup>8</sup> Включително тазова артериография, оварална флебография на вена сперматика

<sup>9</sup> Включително артериография или венография на горни и/или долни крайници

<sup>10</sup> Включително торакална/абдоминална/тазова лимфангиография и лимфангиография на крайници

<sup>11</sup> Конусно лъчева компютърна томография, извършена на рентгеноскопичен/ангиографски апарат с С-рамо

Съставил: .....  
(име, телефон)

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

Дата: .....

Директор на РЗИ: .....  
(подпис, печат)