

CT-Klassifikation (ICOERD - International Classification for Occupational and Environmental Respiratory Diseases)

GDNR:				CT-Nr. / Datum				Position	Qualität		
Name:				Schichtzahl	Sequenztechnik	<input type="checkbox"/>	kV	BL	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
Vorname:				Schichtdicke	Single slice Spir.	<input type="checkbox"/>	mAs	RL	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>
geb.:				Fenster-einstellungen	Multi slice Spir.	<input type="checkbox"/>	sec	KM	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>
				CTDI:	DLP:	BMI:				4	<input type="checkbox"/>

Ist der gesamte Film ohne Befund ? nein ja

Lunge

Rundliche Verdichtung P = < 1,5 mm nein ja Häufigste Größe

(scharf begrenzt)

nein ja **Q = 1,5 - 3 mm** nein ja

R = > 3 - 10 mm nein ja

Felder/Streuung

	R				L			
	0	1	2	3	0	1	2	3
O	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
U	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gesamtstreuung

Irreguläre und/oder lineare Verdichtung Intralobulär nein ja Häufigster Typ

nein ja Interlobulär nein ja

Felder/Streuung

	R				L			
	0	1	2	3	0	1	2	3
O	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
U	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gesamtstreuung

Inhomogene Dichte

nein ja

Ground glass

nein ja

	R				L			
	0	1	2	3	0	1	2	3
O	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
U	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gesamtstreuung

Honey-combing

nein

ja

	R				L			
	0	1	2	3	0	1	2	3
O	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
U	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gesamtstreuung

Emphysem

nein

ja

	R				L			
	0	1	2	3	0	1	2	3
O	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
U	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gesamtstreuung

Konsolidierung > 1 cm

nein ja

	A	B	C	O	M	U	R	L
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Häufigster parenchymaler Befund

RS IR GG HC EM K

Pleura

Pleurale Befunde

nein

ja

	W	parietaler Typ		Häufigster Typ <input type="checkbox"/>
		nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	
visceraler Typ	M	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D		nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Adhärenz CPW

R L

Ausdehnung / Dicke

	R				L			
	0	1	2	3	0	1	2	3
O	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
U	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	a	b	c	0	a	b	c

Pleurale Verkalkungen nein ja

Lokalisation W M D

Bemerkungen / Zusammenfassung

Datum	Unterschrift
-------	--------------

Symbole

- Nein
- AX
- BE
- BR
- BU
- CA
- CG
- CV
- DI
- DO
- EF
- ES
- FP
- FR
- HI
- ME
- MP
- OD
- PB
- RA
- SC
- TB
- TD