病歷號碼：
姓名：　　□男□女
床號：

外傷超音波檢查報告

(Focused Assessment with Sonography for Trauma, **F.A.S.T.**)

檢查適應症:

受傷部位：□胸部 □腹部 □腰部 □背部 □其他：_____

受傷機轉：□車禍 □墜落 □槍擊 □其他：_____

受傷類型：□挫傷 □穿刺傷 □其他：_____

檢查報告：(圖片請粘貼於背面)

【RUQ】

- Pleural fluid:
  □ Yes; □ No

補充說明: _____

【Subxiphoid】

- Pericardial fluid:
  □ Yes; □ No

補充說明: _____

【LUQ】

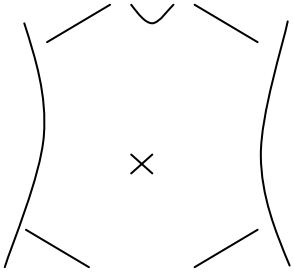
- Pleural fluid:
  □ Yes; □ No

補充說明: _____

【Right Flank】

- Ascites in Morrison pouch:
  □ Yes; □ No

補充說明: _____



【Left Flank】

- Ascites in Splenorenal space:
  □ Yes; □ No

補充說明: _____

【Suprapubic】

- Ascites: □ Yes; □ No
- Bladder: _____

補充說明: _____

【其他】 _____
_____
_____

超音波診斷：

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

建議：□ Clinical correlation
□ Further investigation(s):
_____

檢查醫師：_____

檢查日期：____年____月____日