Лечебно заведение _____

Адрес _____

Град/село _____

Област _____

Телефон: _____ e-mail: _____

ПРИЛОЖЕНИЕ № 9
към формуляр № 365-О и № 365Б-О
Представя се от всички лечебни заведения

РЕНТГЕНОВИ ИЗСЛЕДВАНИЯ И ПРОЦЕДУРИ ПРЕЗ 202... ГОДИНА

(Брой)

Вид на изследването	Шифър	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[1]	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 червата	16						
Контрастно изследване на дебело черво – иригография	17						
Холецистография	18						
Ендоскопска ретроградна холангиопанкреатография (ERCP)	19						
Холангиография[2]	20						
Урография	21						
Микционна цистография	22						
Хистеросалпингография	23					x	
Пелвиметрия	24						
Мамографии	25						
в т.ч.: Мамографии скринингова програма	26						
Мамографски CBCT[3] изследвания	27						
Артрография	28						

2025

Вид на изследването	Шифър	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
Компютърна томография – общо (с или без контраст, вкл. КТ-ангиографии)	29						
в т.ч. на: глава (череп и лицеви кости)	30						
глава (мозък и меки тъкани)	31						
компютърна томография на дентална област[4]	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[5]	45						
Кардиална ангиография[6]	46						
Коремна ангиография[7]	47						
в т.ч.: Ренална ангиография	48						
Тазова ангиография[8]	49						
Периферна ангиография[9]	50						
в т.ч.: Периферна флебография/ венография	51						
Лимфангиография[10]	52						
Други ангиографии	53						
СВСТ – други[11]	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						
Всичко изследвания (без дентални)	63						
Интраорална секторна дентография	64						
Панорамна дентография	65						
Дентално CBCT[3] изследване	66						
Цефалометрия	67						
Всичко дентални изследвания	68						
Общо рентгенови изследвания и процедури	69						

[1] На рентгенографичен апарат
[2] Включително ретроградна холангиография, оперативна холангиография, интравенозна холангиография, холангиография Т-дрен, трансхепатална холангиография
[3] CBCT – конусно лъчева компютърна томография
[4] Вписват се КТ-изследвания, проведени на конвенционален компютърен томограф, не CBCT
[5] Включително бронхиална артериография, пулмонална артериография, горна-вена-кава-графия
[6] Включително коронарография на коронарните артерии с или без лява камера (с или без аорта)
[7] Включително ренална артериография, мезентериална артериография, долна вена кавография, ренална флебография, супраренална флебография
[8] Включително тазова артериография, оварална флебография на вена сперматика
[9] Включително артериография или венография на горни и/или долни крайници
[10] Включително торакална/абдоминална/тазова лимфангиография и лимфангиография на крайници
[11] 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)