

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

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

		R				L				Gesamtstreuung
		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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	

Irreguläre und/oder lineare Verdichtung Intralobulär nein ja Häufigster Typ

nein ja Interlobulär nein ja

		R				L				Gesamtstreuung
		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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	

Inhomogene Dichte nein ja **Ground glass** nein ja

		R				L				Gesamtstreuung
		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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	

Honey-combing nein ja **Emphysem** nein ja

		R				L				Gesamtstreuung
		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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	

Konsolidierung > 1 cm A O R L

nein ja B M

C U

Häufigster parenchymaler Befund

RS IR GG HC EM K

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

Pleura

Pleurale Befunde Häufigster Typ

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

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

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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
		0	a	b	c	0	a	b	c

Pleurale Verkalkungen nein ja **Lokalisation** W M D

Bemerkungen / Zusammenfassung

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