

FAST протокол №

установа _____

Пацієнт: _____

загальний стан: _____

час травми: _____

час УЗД _____

обставини: _____

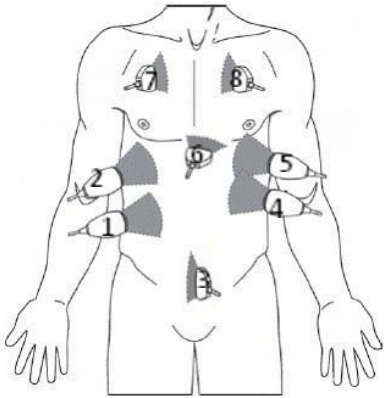
умови огляду: _____

візуалізація _____

(не)задовільна

вільна рідина

так	ні	h	
-----	----	---	--



1	так	ні		
2	так	ні		
3	так	ні		
4	так	ні		
5	так	ні		
6	так	ні		
7	так	ні		
8	так	ні		
разом				

п/ш емфізема

так

ні

Наявність ультразвукових ознак

Травматичних ушкоджень окремих органів

так

ні

контрольне УЗДч/з

6г	12г	24г	
----	-----	-----	--

рекомендовано: _____

дата

лікар