

(Adresse du médecin demandeur)

**(NOM , prénom, date de naissance)**  
(Numéro de l'examen)

## **Echo-Doppler des artères à destinée cérébrale (date)**

### **Indications**

### **Description**

Morphologie : pas de dépôt athéromateux sténosant significativement la lumière artérielle.

<u>Analyse des flux, valeurs des pics systoliques :</u>	<u>A droite</u>	<u>A gauche</u>
Carotide commune	cm/sec	cm/sec
Carotide interne	cm/sec	cm/sec
Carotide externe	cm/sec	cm/sec
Vertébrale	cm/sec	cm/sec

Ces valeurs sont dans les limites de la norme et l'allure des courbes est préservée sur tous les sites mesurés.

Autres constatations : néant.

### **Conclusion**

**Pas d'anomalie mise en évidence sur les artères à destinée cérébrale.**

Avec nos remerciements et nos meilleures salutations.