

Upper Extremity Venous Doppler Worksheet

Name: _____

Male Female

Date: _____

DOB: _____

Tape #: _____

Diagnosis: _____

Referring MD: _____

Indications

Rule out DVT Edema Pain Other _____

Deep
R Jugular
Color Y N
NI Aug Y N

Deep
L Jugular
Color Y N
NI Aug Y N

Superficial
R Cephalic
Color Y N
Comp Y N
NI Aug Y N

Deep
R Subclavian
Color Y N
NI Aug Y N

Deep
L Subclavian
Color Y N
NI Aug Y N

Superficial
L Cephalic
Color Y N
Comp Y N
NI Aug Y N

Superficial
R Basalic
Color Y N
Comp Y N
NI Aug Y N

Deep
R Axillary
Color Y N
Comp Y N
NI Aug Y N

Deep
L Axillary
Color Y N
Comp Y N
NI Aug Y N

Superficial
L Basalic
Color Y N
Comp Y N
NI Aug Y N

Deep
R Brachial
Color Y N
Comp Y N
NI Aug Y N

Deep
L Brachial
Color Y N
Comp Y N
NI Aug Y N

Deep
R Radial
Color Y N
Comp Y N
NI Aug Y N

Deep
L Radial
Color Y N
Comp Y N
NI Aug Y N

Deep
R Ulnar
Color Y N
Comp Y N
NI Aug Y N

Deep
L Ulnar
Color Y N
Comp Y N
NI Aug Y N

Comp = Compression
NI Aug = Normal augmentation

Comments