

REFERTAZIONE ALL'ESAME DI SCREENING DEL II TRIMESTRE

Cognome e nome _____

Data di nascita _____

U.M. _____

Epoca gestazionale calcolata sulla base dell'UM: sett. ____ + ____ gg

(se esistono ridatazioni precedenti riportare e impiegare la dizione EG sett. ____ + ____ gg

/ EG US: sett. ____ + ____ gg) e aggiungere: *ridatazione effettuata in precedenza in questo centro/ in altro centro)*

Indicazione: Esame ecografico di screening del II trimestre

Informazione: *La persona assistita acconsente all'effettuazione dell'indagine ecografica, adeguatamente informata su scopi e limiti dell'esame ecografico attraverso il colloquio con il proprio Ginecologo/Ostetrica/Medico ecografista (al quale ha avuto la possibilità di porre eventuali quesiti) e attraverso la lettura di un supporto informativo cartaceo che si allega al referto.*

N° feti: unico o gravidanza gemellare (in questo caso specificare Corionicità e Amnionicità valutata in esame ecografico precedente)

Attività cardiaca fetale presente e regolare: sì no

Movimenti attivi fetali presenti e regolari: sì no

Placenta (localizzazione)

Presentazione fetale:

BIOMETRIA:

BPD mm;

CC mm;

Diam. trigono laterale distale rispetto al trasduttore mm;

Diam. Trasverso cervelletto mm;

CA mm;

Femore mm.

Accrescimento fetale: valori biometrici nella norma/anormali per l'età gestazionale.

ANATOMIA FETALE: Visualizzati *:

Trigono del ventricolo laterale distale, cavo del setto pellucido, cervelletto, cisterna magna, orbite, labbro superiore, colonna vertebrale, situs cardiaco, levocardia, 4 camere cardiache, efflussi cardiaci sinistro e destro, parete addominale anteriore, bolla gastrica, reni, vescica, ossa lunghe degli arti superiori e inferiori; mani e piedi presenti.

* Per "visualizzato" si intende che l'organo o apparato indagato presenta caratteristiche ecografiche regolari per l'età gestazionale



Fattori limitanti l'esame: _____

Note _____

Si informa la persona assistita /Coppia degli esiti dell'esame ecografico effettuato e dei suoi limiti nella individuazione delle anomalie fetali. Si rinvia la Persona assistita al medico curante/ostetrica.

Fotogrammi allegati al referto n° (formato: stampati , CD , pendrive)

data: _____

Generalità dell'Operatore e Firma