

## REFERTAZIONE ESAME ECOGRAFICO DEL I TRIMESTRE TRA $11^{+0}$ - $13^{+6}$ SETTIMANE

Cognome e nome		
Cognome e nome Data di nascita	_ U.M	:
Epoca gestazionale in base a Ul	1:sett. +gg;	
Gravidanza ottenuta con PMA: Giorno del pick-up ovocitario _		
Giorno del transfer		
Epoca gestazionale calcolata*_		
	tario, quando si utilizzano ovociti fresc	se al giorno del concepimento, che coincide hi. In caso di trasferimento di embrione congelato, rione.
Indicazione:		
informata su scopi e limiti dell'esa	me ecografico attraverso il collo rafista (al quale ha avuto la pos	sibilità di porre eventuali quesiti) e
Feto: rilevato	gravidanza singola	ı
non rilevato	gravidanza gemell	are
Se gemellare: Corionicità	Amnionici	à
Attività cardiaca: presente	assente	
Movimenti fetali: presenti	assenti	
BIOMETRIA: CRL BPD		
Translucenza nucale (NT):	mm	
Epoca gestazionale ecografica* Epoca presunta del parto da US		
*Datazione ecografica della gravidanza et di curve InterGrowth 2014	fettuata secondo linee guida SIEOG e M	Manuale metodologico SIEOG 2024 con l'impiego
La gravidanza non viene ridatat	a sulla base del CRL per:	
sospetta aneuploidia	presenza di sospette anomal	ie fetali maggiori



## ANATOMIA FETALE DI BASE: Visualizzati\*:

Estremo cefalico: presenza delle ossa del cranio; linea mediana; plessi corioidei all'interno dei ventricoli.

Addome: normale inserzione del cordone ombelicale; stomaco evidenziato ed omolaterale al cuore;

assenza di immagini riferibili a megavescica. <b>Arti:</b> visualizzati.	
* Per "visualizzato" si intende che l'organo o apparato indagato presenta caratteristiche ecografiche rego	olari per l'età gestazionale
Patologie uterine /annessiali	
Si informa la persona assistita degli esiti dell'esame ecografico e dei suoi limit misurazione della translucenza nucale da parte di operatori certificati può esser calcolo del rischio delle aneuploidie nell'ambito del test combinato.	
Si raccomanda controllo ecografico di screening a 19-21 settimane gestazional dell'anatomia fetale.	li per la valutazione
Si rinvia la Persona assistita al medico curante/ostetrica.	
Fattori limitanti l'esame: NO SI (in questo caso specificare)_ Note:	
Si allegato N°fotogrammi ( stampati, CD, pendrive)	
Data Operatore	_ Firma