

REFERTAZIONE ESAME ECOGRAFICO DEL I TRIMESTRE TRA 11⁺⁰-13⁺⁶ SETTIMANE

Cognome e nome _____

Data di nascita _____ U.M. _____:

Epoca gestazionale in base a UM: _____ sett. + ____ gg;

Gravidanza ottenuta con PMA: SI NO

Giorno del pick-up ovocitario _____

Giorno del transfer _____

Epoca gestazionale calcolata* _____

* Nei casi di gravidanza ottenuta mediante PMA l'età gestazionale si calcola in base al giorno del concepimento, che coincide solitamente con il giorno del pick-up ovocitario, quando si utilizzano ovociti freschi. In caso di trasferimento di embrione congelato, la data del concepimento è stimata sottraendo dalla data del transfer l'età dell'embrione.

Indicazione:

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.

Feto: rilevato gravidanza singola
non rilevato gravidanza gemellare

Se gemellare: Corionicità _____ Amnionicità _____

Attività cardiaca: presente assente

Movimenti fetali: presenti assenti

BIOMETRIA: CRL _____ mm
BPD _____ mm

Translucenza nucale (NT): _____ mm

Epoca gestazionale ecografica*: _____ sett.+_____ gg

Epoca presunta del parto da US: _____

*Datazione ecografica della gravidanza effettuata secondo linee guida SIEOG e Manuale metodologico SIEOG 2024 con l'impiego di curve InterGrowth 2014

La gravidanza non viene datata sulla base del CRL per:

sospetta aneuploidia presenza di sospette anomalie 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.

Arti: visualizzati.

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

Patologie uterine /annessiali _____

Si informa la persona assistita degli esiti dell'esame ecografico e dei suoi limiti e del fatto che la misurazione della translucenza nucale da parte di operatori certificati può essere utilizzata per il calcolo del rischio delle aneuploidie nell'ambito del test combinato.

Si raccomanda controllo ecografico di screening a 19-21 settimane gestazionali per la valutazione dell'anatomia fetale.

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 _____