

## REFERTAZIONE DELL'ECOGRAFIA DI RIFERIMENTO

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 all'esame:

*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.*

**Informazione:** la Persona assistita ha avuto modo di ricevere una adeguata informazione su scopi e limiti dell'esame ecografico attraverso il colloquio con il proprio Ginecologo / Medico ecografista e attraverso la lettura di un foglio informativo allegato al presente referto. Su esplicita richiesta del Medico Ecografista la persona assistita riferisce di aver compreso tutte le informazioni ricevute.

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

**Attività cardiaca fetale** presente e regolare: si • no •

**Movimenti attivi fetali** presenti e regolari: si • no •

**Placenta(localizzazione)** \_\_\_\_\_

**Liquido amniotico (quantità):** \_\_\_\_\_

**Presentazione fetale:** \_\_\_\_\_

### BIOMETRIA:

BPD mm;

CC mm;

Ampiezza dell'atrio del ventricolo laterale distale al trasduttore in mm;

Diametro Trasverso del cervelletto mm;

CA mm;

Femore mm.

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

**ANATOMIA FETALE:** Visualizzati \*:

**Estremo cefalico:** ossificazione del cranio e contorno cranico; linea mediana; corni anteriori e posteriori dei ventricoli laterali destro e sinistro; cavo del setto pellucido; corpo calloso; talami; 3° ventricolo; opercolarizzazione del lobo dell'insula; cervelletto (emisferi e verme); cisterna magna.

**Colonna vertebrale:** integrità della cute.

**Massiccio facciale:** orbite con cristallini; labbro superiore; profilo.

**Tronco:** campi polmonari; situs cardiaco; levocardia; scansione 4 camere; connessioni ventricolo-arteriose sinistra e destra; scansione 3 vasi e 3 vasi + trachea; parete addominale anteriore; bolla gastrica; colecisti; reni; vescica; due arterie ombelicali; genitali esterni (M o F).

**Arti:** segmenti ossei di ciascun arto; mani e piedi presenti senza evidenti anomalie di posizione.

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

**Fattori limitanti l'esame:**

---

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/Ostetrica curante.

**Fotogrammi allegati al referto n°** (formato: stampati, CD, pen drive)

**data:** \_\_\_\_\_

**Generalità dell'Operatore e firma**