



## ECOGRAFIA GINECOLOGICA

Cognome e nome \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

U.M. \_\_\_\_\_ Parità \_\_\_\_\_

Indicazione: \_\_\_\_\_

**Informazione:** *la Persona Assistita ha avuto modo di ricevere una adeguata informazione su scopi e limiti dell'esame attraverso il colloquio con il proprio Ginecologo/Ostetrica/Medico ecografista (ai quali ha avuto la possibilità di porre i quesiti ritenuti opportuni) e attraverso la lettura di un foglio informativo che si allega al referto. La persona assistita acconsente all'effettuazione dell'indagine nelle modalità proposte.*

Modalità di effettuazione:

transvaginale  transaddominale  tranrettale

**Utero** in asse, di morfologia e dimensioni nei limiti della norma: si – no diametro longitudinale: mm -

diametro anteroposteriore: mm - diametro trasverso: mm

Rima endometriale di aspetto come da fase \_\_\_\_\_ del ciclo , misura \_\_\_\_\_ mm di spessore massimo.

Note: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Ovaie** entrambe di morfologia e dimensioni regolari: si – no

Note: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Lo scavo del Douglas appare libero da versamenti: si – no

CONCLUSIONI:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Si discutono esiti e limiti dell'esame effettuato con la Persona Assistita. Si reinvia la Persona assistita al Medico Curante.

N° fotogrammi allegati al referto: Apparecchiatura impiegata \_\_\_\_\_

Data : \_\_\_\_\_

Generalità dell'Operatore e firma