

REFERTAZIONE ESAME ECOGRAFICO DEL I TRIMESTRE

Cognome e nome _____

Data di nascita _____ U.M. _____

Epoca gestazionale calcolata sulla base dell'UM: _____

(se ridatazioni precedenti riportare e impiegare la dizione EG x + yy giorni / EG US X + yy giorni) e aggiungere ridatazione effettuata in precedenza in questo centro/ in altro centro

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.

N° Camera gestazionale intrauterina _____ **diametro medio** _____ mm

Posizione della CO (in caso di pazienti precesarizzate): fondo / corpo / istmo

N° Embrione / feto: rilevato/non rilevato; unico o gravidanza gemellare; se gemellare specificare:

Corionicità e Amnionicità: _____

Attività cardiaca: presente /assente **Movimenti fetali:** presenti /assenti

BIOMETRIA: **CRL** mm **BPD** mm

Valori biometrici: corrispondenti/non corrispondenti all'epoca di amenorrea.

Eventuali Patologie uterine /annessiali _____

Si informa la persona assistita degli esiti dell'esame ecografico e del fatto che esso non è effettuato per valutazione dell'anatomia fetale.

Si informa la persona assistita della possibilità di eseguire lo screening per la Sindrome di Down tra 11 e 13+6 settimane da parte di operatori certificati.

Si re invia la persona assistita al medico curante.

Per la valutazione dell'anatomia fetale si consiglia controllo ecografico a 19-21 settimane di età gestazionale.

Fattori limitanti l'esame: no o si (in questo caso specificare): _____

Note: _____

Si allegato N° _____ **fotogrammi** (stampati, CD, pendrive) e foglio informativo SIEOG sull'ecografia del 1° trimestre

Data: _____

Generalità dell'Operatore e firma