



ECOCARDIOGRAFIA FETALE

Cognome e nome _____ data di nascita _____

U.M. _____ E.G. _____ (sulla base dell'UM) E.P.P. _____

(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 all'esame:

Informazione: *la Persona Assistita ha avuto modo di ricevere una adeguata informazione su scopi e limiti dell'esame ecocardiografico attraverso il colloquio con il proprio Ginecologo /Ostetrica/ Medico Ecografista, (al quale ha avuto la possibilità di porre i quesiti ritenuti opportuni) e attraverso la lettura di un foglio informativo allegato al presente referto. Si informa inoltre la Persona assistita che l'esame è rivolto allo studio dell'anatomia cardiaca e non alla valutazione di altri organi ed apparati fetali.*

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

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

Esame sequenziale del cuore fetale:

- Situs viscerale: solitus inversus ambiguus
- Asse cardiaco: levocardia mesocardia dextrocardia
- Scansione 4 camere: normale anormale (.....)
- Asse lungo di sinistra: normale anormale (.....)
- Asse lungo di destra: normale anormale (.....)
- Scansione 3 vasi e trachea: normale anormale (.....)
- Ritorni venosi sistemici e polmonari : normali anormali (.....)
- Ritmo e frequenza cardiaca: normali anormali (.....)
- Flussi trans-valvolari: normali anormali (.....)

CONCLUSIONI:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Si discute con la Persona assistita l'esito dell'esame odierno ed i suoi limiti nella diagnosi delle cardiopatie fetali.
Altri accertamenti/consulenze consigliate:

N° fotogrammi allegati al referto: _____

Data: _____

Generalità dell'Operatore e firma