

ESAME ECOGRAFICO DI SCREENING DEL II^ TRIMESTRE

Cognome e nome _____ Data di nascita _____

U.M. _____ Epoca gestazionale calcolata sulla base dell'UM: sett. ___ gg___

(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: Esame ecografico di screening del II^ trimestre

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 /Ostetrica / Medico ecografista (al quale ha avuto la possibilità di rivolgere eventuali quesiti), 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 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; Diam. Trasverso cervello mm;

Diam. trigono laterale distale rispetto al trasduttore mm; CA mm; Femore mm

ANATOMIA FETALE >> Visualizzati *:

Trigono del ventricolo laterale distale, cavo del setto pellucido, cervelletto, cisterna magna, orbite, labbro superiore, colonna vertebrale, situs cardiaco, 4 camere cardiache, efflussi cardiaci sinistro e destro, parete addominale anteriore, bolla gastrica, reni, vescica, ossa lunghe degli arti superiori e inferiori; mani e piedi presenti.

Accrescimento fetale > valori biometrici nella norma / anormali per l'EG raggiunta: si - no

** 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 reinvia la persona assistita al medico curante.

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

data: _____

Generalità dell'Operatore e firma