

## REFERTAZIONE ALL'ESAME DI SCREENING DEL II TRIMESTRE

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:** Esame ecografico di screening del II trimestre

*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° 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)** .....

**Presentazione fetale:** .....

### BIOMETRIA:

**BPD mm;**

**CC mm;**

**Diam. trigono laterale distale rispetto al trasduttore mm;**

**Diam. Trasverso cervelletto mm;**

**CA mm;**

**Femore mm.**

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

**ANATOMIA FETALE:** Visualizzati \*:

**Trigono del ventricolo laterale distale, cavo del setto pellucido, cervelletto, cisterna magna, orbite, labbro superiore, colonna vertebrale, situs cardiaco, levocardia, 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.**

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

**SOCIETA' ITALIANA DI ECOGRAFIA OSTETRICA E GINECOLOGICA E  
METODOLOGIE BIOFISICHE**

SEGRETERIA PERMANENTE E TESORERIA: Via di Porta Pinciana 6 - 00187 Roma

FAX 06 6868142 - Tel. 06 6875119

Email: [info@sieog.it](mailto:info@sieog.it) - [sieog@pec.it](mailto:sieog@pec.it); P.I. 03950511000

**Fattori limitanti l'esame:** \_\_\_\_\_

**Note** \_\_\_\_\_

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 curante/ostetrica.

**Fotogrammi allegati al referto n° (formato: stampati• , CD• , pendrive• )**

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

**Generalità dell'Operatore e Firma**