

REFERTAZIONE ALL'ESAME DI SCREENING DEL III 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 III 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:

Liquido amniotico (quantità): _____

BIOMETRIA:

BPD mm (percentile)

CC mm (percentile)

Diam. trigono laterale distale rispetto al trasduttore mm;

CA mm (percentile)

Femore mm (percentile)

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

Se No specificare: Biometria pari al _____percentile

ANATOMIA FETALE: Visualizzati*:

trigono del ventricolo laterale distale, 4 camere cardiache, stomaco, reni, vescica.

* 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 - 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