

REFERTAZIONE DELL'ECOGRAFIA DI RIFERIMENTO

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 all'esame:

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.

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 / Medico ecografista 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 le 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;

Ampiezza dell'atrio del ventricolo laterale distale al trasduttore in mm;

Diametro Trasverso del cervelletto mm;

CA mm;

Femore mm.

**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

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

ANATOMIA FETALE: Visualizzati *:

Estremo cefalico: ossificazione del cranio e contorno cranico; linea mediana; corni anteriori e posteriori dei ventricoli laterali destro e sinistro; cavo del setto pellucido; corpo calloso; talami; 3° ventricolo; opercolarizzazione del lobo dell'insula; cervelletto (emisferi e verme); cisterna magna.

Colonna vertebrale: integrità della cute.

Massiccio facciale: orbite con cristallini; labbro superiore; profilo.

Tronco: campi polmonari; situs cardiaco; levocardia; scansione 4 camere; connessioni ventricolo-arteriose sinistra e destra; scansione 3 vasi e 3 vasi + trachea; parete addominale anteriore; bolla gastrica; colecisti; reni; vescica; due arterie ombelicali; genitali esterni (M o F).

Arti: segmenti ossei di ciascun arto; mani e piedi presenti senza evidenti anomalie di posizione.

* 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 rinvia la persona assistita al Medico/Ostetrica curante.

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

data: _____

Generalità dell'Operatore e firma