

REFERTAZIONE ALL'ECOGRAFIA PRECOCE DEL I TRIMESTRE DI GRAVIDANZA

Cognome e nome _____

Data di nascita _____ U.M. _____

Epoca gestazionale dall'UM: _____ sett. + _____ gg; D.P.P. UM.: _____

Epoca gestazionale ecografica: _____ sett. + _____ gg; DPP-ecografica: _____

Ridatazione eseguita in data odierna / in precedenza in questo centro in altro centro

Indicazione:

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.*

Camera gestazionale intrauterina diametro medio: _____ mm

Posizione della camera gestazionale (in pazienti pre-cesarizzate): fondo / corpo / istmo

Embrione/feto: rilevato non rilevato; unico gravidanza gemellare

Se gemellare: Corionicità _____ Amnionicità _____

Attività cardiaca: presente assente

Movimenti fetali: presenti assenti

BIOMETRIA: CRL _____ mm; BPD _____ mm

Valori biometrici: corrispondenti / non corrispondenti all'epoca di amenorrea.

Patologie uterine /annessiali _____

Fattori limitanti l'esame: _____

**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

Note _____

Si informa la persona assistita /Coppia degli esiti dell'esame ecografico effettuato e dei suoi limiti.
Si rinvia la Persona assistita al medico curante/ostetrica.

Si allegato N° ____ fotogrammi (stampati, CD, pendrive)

Data _____ Operatore _____

Firma _____