

REFERTAZIONE ESAME ECOGRAFICO DEL I TRIMESTRE TRA 11⁺⁰-13⁺⁶ SETTIMANE

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.*

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.

Traslucenza nucale (NT): _____ mm.

ANATOMIA FETALE DI BASE: Visualizzati*:

Estremo cefalico: presenza delle ossa del cranio; linea mediana; plessi corioidei all'interno dei ventricoli.

Addome: normale inserzione del cordone ombelicale; stomaco evidenziato ed omolaterale al cuore.

Arti: visualizzati.

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

Patologie uterine /annessiali _____

Placenta: • normale /• anormale _____

**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

Si informa la persona assistita degli esiti dell'esame ecografico e dei suoi limiti e del fatto che la misurazione della translucenza nucale da parte di operatori certificati può essere utilizzata per il calcolo del rischio delle aneuploidie nell'ambito del test combinato. Si raccomanda controllo ecografico a 19-21 settimane gestazionali per la valutazione dell'anatomia fetale. Si rinvia la Persona assistita al medico curante/ostetrica.

Fattori limitanti l'esame: • no • si (in questo caso specificare): _____

Note: _____

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

Data _____ Operatore _____

Firma _____