



**ESAME ECOGRAFICO DEL I TRIMESTRE  
PER LO SCREENING DELLA SINDROME DI DOWN**

**COGNOME** ..... **NOME** ..... **data di nascita** ...../...../.....

**U.M.** .....

Epoca gestazionale calcolata sulla base dell'U.M. settimana .....giorno .....

(se ridatazione precedente: riportare e impiegare la dizione EG X + xy giorni / EG US X + xy giorni) ed aggiungere ridatazione effettuata in precedenza in questo centro / in altro centro.

**INDICAZIONE:** *Esame ecografico di screening del I trimestre*

**INFORMAZIONE:** *la persona assistita ha avuto modo di ricevere una adeguata informazione su scopi e limiti dell'esame ecografico e del test di screening di cui l'esame fa parte (test combinato / integrato) 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 foglio informativo allegato al referto La persona assistita sottoscrive quindi un modulo di consenso informato all'esame che viene archiviato.*

**Nr. Feti:** Unico o gravidanza gemellare (in questo caso specificare **Corionicità** e **Amnionicità**)

**Attività cardiaca:** presente / assente

**Movimenti fetali:** presenti / assenti

**BIOMETRIA:**

**CRL:** mm

**NT:** mm

**Markers Aggiuntivi:** .....

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

Patologie uterine / annessiali .....

Note .....

**Fattori limitanti l'esame:** .....

Si informa la persona assistita / coppia degli esiti dell'esame ecografico e del fatto che lo stesso viene effettuato per la misurazione dell'NT per test combinato / integrato e non per valutazione dell'anatomia fetale.

Si prelevano 5 cc di sangue materno che si inviano presso il laboratorio ..... per test combinato

Si invia la persona assistita presso il Laboratorio \_\_\_\_\_ per il prelievo di sangue per il test combinato / integrato.

Per la valutazione dell'anatomia fetale si consiglia controllo ecografico a 19 – 21 settimane di età gestazionale.

**Apparecchiatura Ecografica Impiegata:** .....

**Nr. Fotogrammi** allegati al referto: (Stampati, CD, Pen drive)

**Data:** ..... **Generalità dell'Operatore e firma** .....