



ECOGRAFIA GINECOLOGICA

Cognome e nome _____ Data di nascita _____

U.M. _____ Parità _____

Indicazione: _____

Informazione: *la Persona Assistita ha avuto modo di ricevere una adeguata informazione su scopi e limiti dell'esame attraverso il colloquio con il proprio Ginecologo/Ostetrica/Medico ecografista (ai quali ha avuto la possibilità di porre i quesiti ritenuti opportuni) e attraverso la lettura di un foglio informativo che si allega al referto. La persona assistita acconsente all'effettuazione dell'indagine nelle modalità proposte.*

Modalità di effettuazione:

transvaginale transaddominale tranrettale

Utero in asse, di morfologia e dimensioni nei limiti della norma: si – no diametro longitudinale: mm -

diametro anteroposteriore: mm - diametro trasverso: mm

Rima endometriale di aspetto come da fase _____ del ciclo , misura _____ mm di spessore massimo.

Note: _____

Ovaie entrambe di morfologia e dimensioni regolari: si – no

Note: _____

Lo scavo del Douglas appare libero da versamenti: si – no

CONCLUSIONI:

Si discutono esiti e limiti dell'esame effettuato con la Persona Assistita. Si reinvia la Persona assistita al Medico Curante.

N° fotogrammi allegati al referto: Apparecchiatura impiegata _____

Data : _____

Generalità dell'Operatore e firma