

## ESAME ECOGRAFICO DI SCREENING DEL II^ TRIMESTRE

Cognome e nome \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

U.M. \_\_\_\_\_ Epoca gestazionale calcolata sulla base dell'UM: sett. \_\_\_ gg\_\_\_

(se ridatazioni precedenti riportare e impiegare la dizione EG x + yy giorni / EG US: X + yy giorni) e aggiungere: *ridatazione effettuata in precedenza in questo centro/ in altro centro*)

**Indicazione:** Esame ecografico di screening del II^ trimestre

**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 /Ostetrica / Medico ecografista (al quale ha avuto la possibilità di rivolgere eventuali quesiti), 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 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;    Diam. Trasverso cervelloletto    mm;

Diam. trigono laterale distale rispetto al trasduttore    mm;    CA    mm;    Femore    mm

**ANATOMIA FETALE >> Visualizzati \*:**

Trigono del ventricolo laterale distale, cavo del setto pellucido, cervelloletto, cisterna magna, orbite, labbro superiore, colonna vertebrale, situs cardiaco, 4 camere cardiache, efflussi cardiaci sinistro e destro, parete addominale anteriore, bolla gastrica, reni, vescica, ossa lunghe degli arti superiori e inferiori; mani e piedi presenti.

**Accrescimento fetale > valori biometrici nella norma / anormali per l'EG raggiunta:** si - no

*\* 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 reinvia la persona assistita al medico curante.**

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

**data:** \_\_\_\_\_

**Generalità dell'Operatore e firma**