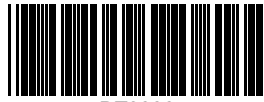


# DOSSIER ÉCHOGRAPHIQUE OBSTÉTRICAL



DT9030

REQUÊTE										
D.D.M.			Grossesse			N. né	Âge gestational	Cycles		
Année	Mois	Jour	T	P	A	V				
			à terme	prématuré	avortement	vivant		sem.		jours
Renseignements cliniques :										
Signature										
			N° de permis		Date		Année Mois Jour			

Examen antérieur			Année			Mois			Jour			Âge chronologique :		
												semaines		
Évaluation échographique												_____ per. _____ semaines		

RAPPORT				
D.D.M.	Année	Mois	Jour	Âge gestational
				semaines

Sur pied <input type="checkbox"/>	Civière <input type="checkbox"/>	Hospitalisé <input type="checkbox"/>
Fauteuil <input type="checkbox"/>	Appareil mobile <input type="checkbox"/>	Inscrit : • urgence <input type="checkbox"/>
Au lit <input type="checkbox"/>	Salle d'opération <input type="checkbox"/>	• clinique externe <input type="checkbox"/>
		Enregistré (référé) <input type="checkbox"/>

1er TRIMESTRE				
Nombre de foetus :	Coeur foetal :	Longueur céphalo-caudale :	Âge selon échographie :	Autre (préciser) :
	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	mm	semaines	

2e et 3e TRIMESTRES				
A- FOETUS	Nombre	A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>

1- Mesures				
Diamètre bi-pariétal	_____ mm	_____ rang centile	_____ sem.	Autre structure mesurée (préciser) :
Périmètre crânien	_____ mm	_____ rang centile	_____ sem.	_____ mm _____ rang centile _____ sem.
Fémur	_____ mm	_____ rang centile	_____ sem.	_____ mm _____ rang centile _____ sem.
Périmètre abdominal	_____ mm	_____ rang centile	_____ sem.	Masse estimée (poids) _____ g _____ rang centile _____ sem.

2- Anatomie			
	Normal	Anormal	Non vu (commentaires)
TÊTE : Crâne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ventricules cérébraux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cervelet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Fosse cérébrale post.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Pli cutané (tissus mous)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Visage, lèvres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Rachis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Diaphragme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
COEUR : Quatre cavités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Voies d'éjection	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
COEUR : Axe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Estomac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Reins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Vessie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cordon ombilical : Insertion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3 vaisseaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Bras et mains	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Jambes et pieds	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Organes génitaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

3- Présentation		Préciser :	
céphalique <input type="checkbox"/>	siège <input type="checkbox"/>	autre <input type="checkbox"/>	_____

B- LIQUIDE AMNIOTIQUE	C- PLACENTA (localisation)	D- CORDON DOPPLER
Normal : <input type="checkbox"/>	antérieur <input type="checkbox"/> fundique <input type="checkbox"/> marginal <input type="checkbox"/> maturité _____ /III	<input type="checkbox"/>
Augmenté <input type="checkbox"/> Diminué <input type="checkbox"/> Absent <input type="checkbox"/>	postérieur <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> praevia partiel <input type="checkbox"/>	_____
Index de liquide amniotique _____ cm	latéral <input type="checkbox"/> bas inséré <input type="checkbox"/> praevia complet <input type="checkbox"/>	_____

E- MÈRE Anatomie	
<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Anormale (commentaires) _____
Col utérin _____ cm	

CONCLUSION ET COMMENTAIRES
_____
_____
_____

Signature _____	N° de permis _____	Date de l'examen	Année	Mois	Jour
-----------------	--------------------	------------------	-------	------	------