

DOSSIER ÉCHOGRAPHIQUE OBSTÉTRICAL



DT9030

REQUÊTE									
D.D.M.			Grossesse			N. né	Âge gestationnel	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				Âge chronologique :	
Année	Mois	Jour			semaines
Évaluation échographique					
_____ per. _____ semaines					

RAPPORT				
D.D.M.	Année	Mois	Jour	Âge gestationnel
				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	B	C
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1- Mesures		Autre structure mesurée (préciser) :	
Diamètre bi-pariétal	_____ mm _____ rang centile _____ sem.	_____	_____ mm _____ rang centile _____ sem.
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"/>	_____			COEUR : Axe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
Ventricules cérébraux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____			Estomac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
Cervelet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____			Reins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
Fosse cérébrale post.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____			Vessie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
Pli cutané (tissus mous)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____			Cordon ombilical : Insertion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
Visage, lèvres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____			3 vaisseaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
Rachis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____			Bras et mains	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
Diaphragme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____			Jambes et pieds	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
COEUR : Quatre cavités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____			Organes génitaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
Voies d'éjection	<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
-----------------	--------------------	------------------	-------	------	------

Imprimé sur du papier recyclé

DOSSIER ÉCHOGRAPHIQUE OBSTÉTRICAL



DT9030

D.D.M.			Grossesse			N. né	Âge gestationnel	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		Année	Mois	Jour	Âge gestationnel
D.D.M.					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"/>		COEUR : Axe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Ventricules cérébraux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Estomac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Cervelet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Reins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Fosse cérébrale post.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Vessie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Pli cutané (tissus mous)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Cordon ombilical : Insertion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Visage, lèvres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		3 vaisseaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Rachis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Bras et mains	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Diaphragme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Jambes et pieds	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
COEUR : Quatre cavités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Organes génitaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Voies d'éjection	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									

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

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

Imprimé sur du papier recyclé

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

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	
Evaluation échographique										
_____ per. _____ semaines										

RAPPORT				
D.D.M.			Âge gestational	
Année	Mois	Jour		
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		Autre structure mesurée (préciser) :	
Diamètre bi-pariétal	_____ mm _____ rang centile _____ sem.	_____ mm _____ rang centile _____ sem.	_____ mm _____ rang centile _____ sem.
Périmètre crânien	_____ mm _____ rang centile _____ sem.	_____ mm _____ rang centile _____ sem.	_____ mm _____ rang centile _____ sem.
Fémur	_____ mm _____ rang centile _____ sem.	_____ 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"/>	_____			COEUR : Axe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
Ventricules cérébraux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____			Estomac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
Cervelet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____			Reins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
Fosse cérébrale post.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____			Vessie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
Pli cutané (tissus mous)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____			Cordon ombilical : Insertion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
Visage, lèvres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____			3 vaisseaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
Rachis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____			Bras et mains	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
Diaphragme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____			Jambes et pieds	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
COEUR : Quatre cavités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____			Organes génitaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
Voies d'éjection	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____						_____		

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

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

Imprimé sur du papier recycle

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

**DOSSIER
ÉCHOGRAPHIQUE
OBSTÉTRICAL**



DT9030

REQUÊTE

D.D.M.			Grossesse			N. né	Âge gestationnel	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

- | | | |
|-----------------------------------|--|--|
| 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"/> |

RADIOLOGIE

Date de l'examen :	Code de facturation :
Année Mois Jour	
Médecin traitant :	Technicien :

Notes

Imprimé sur du papier recyclé