

DOSSIER ÉCHOGRAPHIQUE OBSTÉTRICAL



DT9030

REQUÊTE

D.D.M.			Grossesse			N. né	Âge gestationnel	Cycles	
Année	Mois	Jour	T	P	A	V			
Renseignements cliniques :			à terme			prématuré		avortement	
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 gestationnel selon D.D.M.
				_____ semaines

Sur pied Civière Hospitalisé
 Fauteuil Appareil mobile Inscrit : • urgence
 Au lit Salle d'opération • clinique externe
 Enregistré (référé)

1er TRIMESTRE

Nombre de foetus :	Coeur foetal :	Longueur céphalo-caudale :	Âge selon échographie :	D.P.A. selon échographie :
	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

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

3- Présentation

céphalique siège autre Préciser :

B- LIQUIDE AMNIOTIQUE

Index de liquide amniotique _____ cm	antérieur <input type="checkbox"/>	fundique <input type="checkbox"/>	marginal <input type="checkbox"/>	maturité _____ /III
Normal : <input type="checkbox"/>	postérieur <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/>	praevia partiel <input type="checkbox"/>	
Augmenté <input type="checkbox"/> Diminué <input type="checkbox"/> Absent <input type="checkbox"/>	latéral <input type="checkbox"/>	bas inséré <input type="checkbox"/>	praevia complet <input type="checkbox"/>	

C- PLACENTA (localisation)

D- CORDON DOPPLER

E- MÈRE Anatomie

Col utérin _____ cm Anormale (commentaires) _____
 Normale

CONCLUSION ET COMMENTAIRES

Signature _____ N° de permis _____ Date de l'examen _____

Année _____ Mois _____ Jour _____

DOSSIER ÉCHOGRAPHIQUE OBSTÉTRICAL

AH-265 DT9030 (rév. 2024-06)

Dossier de l'utilisateur
 Professionnel traitant
 Obstétrique/Radiologie
 Radiologie