

DEMANDE D'ECHOGRAPHIE OBST/GYN

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

DR (indispensable) :

Semaine de grossesse :

Gestité :

Parité :

timbre

ECHOGRAPHIE GYNECOLOGIQUE

1.- Indication à l'examen

- Aménorrhée semaines
- Douleurs pelviennes
- Etat fébrile
- Saignement vaginal
- Augmentation de volume de l'utérus
- Masse annexielle
- Bilan de stérilité
- Monitoring folliculaire
- TV imprécis ou insuffisant
- Autre

2.- Suspecté

- Utérus myomateux
- Masse ovarienne
- Pathologie tubaire
- Masse du Douglas
- Abscès tubo-ovarien
- Pathologie cervicale
- Pathologie endométriale
- Insuffisance cervicale
- Exclure grossesse molaire
- Exclure grosses ectopique

3.- Exclure

4.- Information clinique importante

- Traitement médicamenteux

- Substitution hormonale

- Autre _____

ECHOGRAPHIE OBSTETRICAL

- Confirmer grossesse précoce
- Exclure grossesse ectopique
- Dépistage T21 1^{er} trimestre
- Examen morphologique
- Contrôle de croissance
- Exclure retard de croissance
- Saignements vaginaux
- Antécédent de malformation fœtale
- Haut risque de malformation
- Examen du col
- Localisation placentaire
- Contrôle-évolution placenta praevia
- Exclure placenta accreta
- Contrôle liquide amniotique
- Evaluation poids fœtal
- Exclure souffrance fœtale
- Grossesse multiple
- Profil biophysique
- Conseils avant diagnostic prénatal
- Amniocentèse

Informations utiles complémentaires

La patiente a rendez-vous le

à