



Nom : Prénom :

N° d'Identification : Date de remplissage :

Echographie + doppler 20-24 SA

Echographie deuxième trimestre 20-24 SA :

Date :

Age gestationnel : SA (semaines révolues)

Biométrie :

Diamètre bi pariétal : mm

Périmètre céphalique : mm

Diamètre cérébelleux transverse : mm

Diamètre abdominal transverse : mm

Périmètre abdominal : mm

Longueur fémorale : mm

Morphologie :

Codes CIM

Malformation 1 : ,

Malformation 2 : ,

Doppler des artères utérines :

Droite : D/S ,

Notch 0. non 1. oui

Gauche : D/S ,

Notch 0. non 1. oui

Doppler ombilical :

Pourcelot (S-D)/S ,

Reverse-flow 0. non 1. oui

Nom : Prénom :

N° d'Identification : |_|_|_|_|_|_|_| Date de remplissage : |_|_|_|_|_|_|_|

Echographie + doppler 30-34 SA

Echographie troisième trimestre 30-34 SA :

Date : |_|_|_|_|_|_|_|

Age gestationnel : |_|_| SA (semaines révolues)

Position foetale :

|_|1. céphalique |_|2. siège |_|3. transverse

Dos : |_|1. à droite |_|2. à gauche

Index amniotique : |_|_|_| mm

Biométrie :

Diamètre bi pariétal : |_|_|_| mm

Périmètre céphalique : |_|_|_| mm

Diamètre abdominal transverse : |_|_|_| mm

Périmètre abdominal : |_|_|_| mm

Longueur fémorale : |_|_|_| mm

Morphologie :

Codes CIM

Malformation 1 : |_|_|_|_|_|

Malformation 2 : |_|_|_|_|_|

Doppler ombilical :

Pourcelot (S-D)/S : |_|_|_|_|_|

Reverse-flow : |_|0. non |_|1. oui

Doppler cérébral:

Pourcelot (S-D)/S : |_|_|_|_|_|

Si non fait, raison :