Клиническая больница №9

ЖЕНСКАЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ

150033, г. Ярославль, Тутаевское шоссе, 95, т. 561-155

# Протокол ультразвукового исследования

**при беременности до 12 недель**

## **ФИО** **,** **лет**

**Адрес**

**Дата последней менструации**

**Срок беременности -** *0* **недель** *0* **дней**

### **Размеры матки:** *0* **мм**,

**Увеличена до**  **недель**

**Форма матки -**

**Эхоструктура -**

**Средний диаметр плодного яйца:***0***мм, соответствует сроку -** *05,0* **недель**

**КТР** *0* **мм, соответствует сроку** *00,0* **недель**

**Сердцебиение -**

**Диаметр желточного мешка** *0* **мм**

**Хорион визуализируется на**

**Левый яичник -** *,*

**размеры:** *0* мм,

**Правый яичник -** *,*

**размеры:** *0* мм,

**Дополнительные данные:**

**Заключение:** *беременность малого срока*

**Дата:**       **Врач:**