

Protocole d'échographie Premier Trimestre

Nom et prénom :

Indication :

Echographe

Echographie antérieure :

Date de Naissance :

Medecin Requérant : Dr

Type :

DDR le soit sem grossesse

Sac Ovulaire mm La Vésicule ombilicale mm CRL mm

BIP

CT

CA

FL

Morphologie

Crane :

, cerveau :

, cou :

L'abdomen :

Les membres supérieur et inférieur :

Autre

Conclusion et recommandation: