Protocole d'échographie Gynécologique

Nom et prénom : Indication : Echographiste			<u>Date de Naissance</u> : <u>Medecin Requérant</u> : Dr <u>Type</u> :		
Echographie antérie	<u>ure</u> :		DDR le	soit	sem grossesse
<u>Utérus</u> mesure La cavité est	mm de longueur,	mm de hauteu	r et n	nm de largeur.	
<u>L'endomètre</u>					
<u>Le myométre</u>					
L'ovaire droit					
<u>L'ovaire gauche</u>					
<u>Le douglas</u> est					
<u>Autre</u>					
Conclusion et recom	mandation:				