

Formulario referencia para evaluación ecográfica del crecimiento fetal.

Nombre _____ RUT _____ Fecha : _____

Ege conocida precozmente : Si ☐ No ☐ Eco previa de crecimiento : Si ☐ No ☐

FUR Operacional _____ Edad gestacional _____ semanas

Diagnóstico : _____

Ciudad de procedencia _____ Lugar de Control : _____

Datos del profesional referente : Médico ☐ Matró/Matrona ☐

Nombre : _____ Email : _____

Ecografista de contrarreferencia : Email : _____

Interconsulta aceptada? Si ☐ No ☐ Eco de crecimiento? Si ☐ No ☐

Comentario: _____

Contrarreferencia desde unidad de ultrasonografía gineco obstétrica

Feto en presentación :	_____	Dorso fetal :	_____
Líquido amniótico	Normal / PHA / OHA	BVM	_____mm.
Biometría ecográfica	Peso fetal estimado _____gr.	Percentil	_____
	Relación cráneo / abdomen _____	Percentil	_____
Flujometría Doppler	Promedio uterinas _____IP.	Percentil	_____
	Arteria umbilical (Au) _____IP.	Percentil	_____
	Cerebral media (Cm) _____IP.	Percentil	_____
	Cuociente Cm / Au _____IP.	Percentil	_____
Hipótesis diagnóstica *			
Crecimiento:	_____		
Líquido amniótico:	_____		
Flujometría Doppler:	_____		

Comentario y observaciones

Ecografista _____ **Próximo control** Si ☐ No ☐ **Fecha:** _____

* Classification de la restriction del crecimiento; Adaptada de Francesc Figueras Eduard Gratacós. Update on the Diagnosis and Classification of Fetal Growth Restriction and Proposal of a Stage-Based Management Protocol. Fetal Diagn Ther. 2014 Jan 23.