

Referencia para evaluación ecográfica del crecimiento fetal.

Nombre _____ RUT _____ Fecha : _____

FUR Operacional _____

Edad gestacional _____ semanas

Solicitud Eco para : Crecimiento Si ☐ No ☐

Diagnóstico : _____

Ciudad de procedencia _____

Lugar de Control : _____

Datos del profesional referente.

Médico ☐

Matrón/Matrona ☐

Nombre : _____

Email : _____

Ecografista de contrarreferencia :

Email : _____

Contrarreferencia desde unidad de ultrasonografía gineco obstétrica

Fecha evaluación de interconsulta : _____ **Fecha** de citación: _____

Comentario y
observaciones

Resumen examen ecográfico de crecimiento y flujometría Doppler

Biometría ecográfica	Peso fetal estimado _____ gr.	Percentil _____
	Relación cráneo / abdomen _____	Percentil _____
Líquido amniótico	Normal / PHA / OHA	BVM _____ mm.
Flujometría Doppler	Promedio uterinas _____ IP.	Percentil _____
	Arteria umbilical (Au) _____ IP.	Percentil _____
	Cerebral media (Cm) _____ IP.	Percentil _____
	Cuociente Cm / Au _____ IP.	Percentil _____

Hipótesis diagnóstica * _____

Comentario y
observaciones

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

* 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.