Formulario referencia para evaluación ecográfica del crecimiento fetal. Nombre RUT Fecha: Ege conocida precozmente : Si O No O Eco previa de crecimiento : Si O No O Edad gestacional _____ semanas FUR Operacional Diagnóstico: Ciudad de procedencia _____ Lugar de Control : Datos del profesional referente : Médico ∩ Matrón/Matrona Nombre: Email : _____ Ecografista de contrarreferencia: Email: Eco de crecimiento? Si O Interconsulta aceptada? Si 🔾 No O No O Comentario: Contrarreferencia desde unidad de ultrasonografía gineco obstétrica Dorso fetal: Feto en presentación: Liquido amniótico BVM mm. Normal / PHA / OHA Biometría ecográfica Percentil Peso fetal estimado Relación cráneo / abdomen Percentil _____ Flujometria Doppler Percentil _____ Promedio uterinas Arteria umbilical (Au) _____IP. Percentil Cerebral media (Cm) IP. Percentil Percentil _____ Cuociente Cm / Au _____IP. Hipótesis diagnostica * Crecimiento: Líquido amniótico: _____ Flujometria Doppler:

No ()

Fecha:

Ecografista Próximo control Si

Comentario y observaciones

^{*} 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.