

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 : _____

Contrarreferencia desde unidad de ultrasonografía gineco obstétrica

Evaluación de solicitud ecográfica

Fecha : _____

Comentario: _____

Resumen evaluación 2° - 3° trimestre

Fecha : _____

Feto en presentación : _____ Dorso fetal : _____

Liquido amniótico Normal / PHA / OHA Observaciones : _____

Biometría ecográfica

Flujometria Doppler

Peso fetal estimado _____ gr. Percentil _____

Promedio uterinas _____ IP. Percentil _____

Arteria umbilical (Au) _____ IP. Percentil _____

Cerebral media (Cm) _____ IP. Percentil _____

Cuociente Cm / Au _____ IP. Percentil _____

Hipótesis Diagnostica *

Crecimiento fetal : _____

Flujometria Doppler: _____

Líquido amniótico: _____

Comentario y observaciones

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.