

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: _____