

DEMANDE D'EXAMEN ECHOGRAPHIQUE

Unité d'Echographie
Obstétricale et Gynécologique
Unité de Médecine Materno-Foetale

Secrétariat:
Tél: 021/ 314.31.77
Fax: 021/ 314.31.83

Prof D. Baud **Chef de Service**
Prof Y. Vial **Médecin-chef**
Dre C. Guenot **Médecin Associée**
Dre H. Legardeur **Médecin Associée**

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Tél. fixe :

Tél. mobile :

	DDR :	T selon DDR :	T selon US :	G :	P :
ÉCHOGRAPHIE OBSTÉTRICALE	<input type="checkbox"/> datation précoce <input type="checkbox"/> datation / dépistage du 1 ^{er} trimestre : <input type="checkbox"/> dépistage PE <input type="checkbox"/> PVC ^{1,2} <input type="checkbox"/> amniocentèse ^{1,2} <input type="checkbox"/> morphologie précoce ¹ <input type="checkbox"/> morphologie ¹ <input type="checkbox"/> contrôle de croissance / doppler <input type="checkbox"/> suspicion de malformation ¹		<input type="checkbox"/> grossesse gémellaire ¹ <input type="checkbox"/> monochoriale <input type="checkbox"/> bichoriale <input type="checkbox"/> suivi régulier désiré <input type="checkbox"/> anomalie placentaire (praevia ou accreta) <input type="checkbox"/> contrôle du liquide amniotique <input type="checkbox"/> manning <input type="checkbox"/> mesure du col <input type="checkbox"/> segment inférieur ³		
	ATCD / facteurs de risques :			Groupe Rh : Anticorps irrég. :	
	Indications :		Taille : Poids :	Tests de dépistage 1 ^{er} trimestre : Trisomie 21 : 1/ Trisomie 13,18 : 1/ 2 ^{ème} trimestre : 1/	
ÉCHOGRAPHIE GYNÉCOLOGIQUE	<input type="checkbox"/> échographie endovaginale <input type="checkbox"/> échographie par voie abdominale ³ <input type="checkbox"/> hystérosonographie <input type="checkbox"/> hystérososalpingographie		Renseignements cliniques : DDR : Contraception : Ménopause depuis : THS : Autres ttt médic. :		
	Indications :				

¹ SVP joindre copie dépistage - ² SVP joindre copie labo grRh - ³ vessie pleine

Date :

Timbre / Signature :



AMT0289 - Demande d'examen médico-technique

Merci d'adresser cette demande en pièce jointe via la plateforme med.chuv.ch ou par mail à dgo.ultrasons@chuv.ch