Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de la Montérégie-Ouest
Québec

MOCLI60680

Dossier : _____

Nom, prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
aaaa/mm/jj

NAM : _____ Exp. _____
aaaa/mm

Nom, prénom de la mère : _____

Installation : _____

RAPPORT ÉCHOGRAPHIE - PRÉ ET POST INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE (IVG)

Date de l'examen : aaaa/mm/jj

MESURES ET OBSERVATIONS

Date des dernières menstruations (DDM) aaaa/mm/jj

Âge chronologique selon DDM : _____semaines

OU

Date IVG : aaaa/mm/jj (jour # _____ post-IVG)

Type d'échographie : ☐ Endovaginale ☐ Trans abdominale

Grossesse : ☐ Unique ☐ Gémellaire

Sac gestationnel :	☐ Visualisé	☐ Non visualisé
Sac de vitellin :	☐ Visualisé	☐ Non visualisé
Pôle fœtal :	☐ Visualisé	☐ Non visualisé
Activité cardiaque	☐ Visualisé	☐ Non visualisé

Mesure de la longueur céphalo-caudale : _____mm

Mesure du diamètre bipariétal : _____mm

Mesure du sac gestationnel : _____ mm

Âge gestationnel selon écho : _____ semaines

NOTES COMPLÉMENTAIRES

Agrafer images d'échographie

Signature de l'infirmière : _____ Date : aaaa/mm/jj

Signature du médecin : _____ # permis _____ Date : aaaa/mm/jj

☐ Lu