

Date: \_ \_ / \_ \_ / \_ \_

NOM : .....  
Prénom : .....

Demandeur : .....

Examen Urgent...

### DEMANDE D'EXAMEN ECHOGRAPHIQUE AU COURS DE LA GROSSESSE

(à remettre au médecin réalisant l'échographie, qui la conserve dans son dossier. Elle n'est pas nécessaire au remboursement)

Date des dernières règles: \_ \_ / \_ \_ / \_ \_

Début de grossesse le : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_  
Déterminé par:

Si connus :

Echo 12 SA : LCC : .....mm / C.N. ....,....mm

HT 21 : 1 / ..... .ou risque combiné : 1/.....

AFP : .....MoM

- Dernières règles.....
- Courbe thermique.....
- Echographie précoce .....
- P.M.A. ....
- Autre.....

Il s'agit d'une grossesse multiple : .....

Il s'agit de l'examen habituel de dépistage

- A 12 semaines .....
- A 22 semaines .....
- A 32 semaines .....

Sinon :

- Date souhaitée pour cet examen : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_
- Ou âge gestationnel souhaité (en semaines d'aménorrhée) : \_ \_ SA
- Indication de l'examen .....

Pathologie liée à la grossesse:

Facteurs de risque:

Antécédents Obstétricaux:

Autres antécédents:

*N'oubliez pas de vous munir de ce document et du dossier médical de votre grossesse.  
Respectez les consignes données par votre médecin et/ou celles qui vous seront données lors de votre prise de rendez-vous.*