

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.*