

Nom:
Prénom:
Date de naissance:

Gestité:	Parité:
Date de l'examen:	
Age gestationnel:	

Terme prévu:
--------------

Nombre de foetus, chorionicité:
---------------------------------

Du placenta	
Insertion du cordon umbilical	central      lateral
Nombre de vaisseaux du cordon ombilical	

Épaisseur de la clarté nucale (mm):
longueur cranio-caudale (mm):
DBP (mm):

mm	LCC	DBP	mm	LCC	DBP	mm	LCC	DBP
Rempen 9/90			20	8+3	11+5	40	10+5	17+3
1			21	8+4	12+0	41	10+5	17+5
2	6+0		22	8+5	12+2	42	10+6	18+0
3	6+1	6+6	23	8+5	12+4	43	11+0	18+2
4	6+2	7+1	24	8+6	12+6	44	11+0	18+4
5	6+3	7+3	25	9+0	13+1	45	11+1	18+6
6	6+4	7+5	26	9+1	13+3	46	11+2	19+1
7	6+5	8+0	27	9+2	13+5	47	11+2	19+3
8	6+6	8+2	28	9+3	14+1	48	11+3	19+5
9	7+0	8+4	29	9+3	14+2	49	11+4	20+0
10	7+1	8+6	30	9+4	14+4	50	11+4	20+3
11	7+2	9+1	31	9+5	14+6	51	11+5	20+5
12	7+3	9+3	32	9+6	15+1	52	11+5	21+0
13	7+4	9+5	33	9+6	15+3	53	11+6	21+2
14	7+5	10+0	34	10+0	15+5	54	12+0	21+4
15	7+6	10+2	35	10+1	16+0	55	12+0	21+6
16	7+6	10+4	36	10+2	16+2	56	12+1	22+1
17	8+0	10+6	37	10+2	16+4	57	12+1	22+4
18	8+1	11+1	38	10+3	16+6	58	12+2	22+6
19	8+2	11+3	39	10+4	17+1	59	12+3	23+1

**Check-list morphologie foetale**

Norm. = Normale; Anorm. = Anormale; ND = non décelé	Norm.	Anorm.	ND
Forme et/ou aspect de la boîte crânienne			
Aspect de la ligne médiane			
Visage: Profil			
Coeur: 4 Cavités*			
Diaphragme*			
Abdomen: Estomac			
Aspect de la paroi abdominale			
Aspect de la vessie			
Extrémités: supér D/G, 3 segments			
Extrémités: Infér D/G, 3 segments			

\* optional

En cas d'anomalies veuillez utiliser le verso pour d'éventuel commentaires et/ou détails.

Informations concernant les options du dépistage prénatal:

La patiente souhaite également:

Dépistage du premier trimestre

Test prénatal non invasif TPNI

Caryotype foetal

Remarques
-----------

Praticien effectuant l'échographie:

Supervision: