

NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Est-de-
l'Île-de-Montréal



Hôpital Maisonneuve-Rosemont



HMR0909

N° Dossier : _____ Date de naissance : _____ Sexe : _____
 Nom, Prénom : _____
 Nom de la mère : _____
 Adresse : _____
 Téléphone : _____
 NAM : _____ Expiration : _____

RADIOLOGIE ULTRASONOGRAPHIE OBSTÉTRICALE

HOSPITALISÉ EXTERNE URGENCE

MÉDECIN TRAITANT ADRESSE :

SIGNATURE DU REQUÉRANT :

Ordonnance collective 2052 _____
 (signature de l'infirmière qui applique l'OC et numéro de permis)

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

EXAMENS ANTÉRIEURS

EXAMEN GRA _____ PARA _____ ABO _____
 DDM _____ = _____ SEM. CYCLE _____ JRS _____

DATE _____ ÂGE CHRONO. ÉCHO _____ POIDS _____

FOETUS NOMBRE _____ COEUR _____ MOUVEMENTS _____

MESURES

BÉBÉ #1

BÉBÉ #2

PRÉSENTATION

CRÂNIO-CAUDAL	_____ mm → ÂGE U.S. _____ S.	_____ mm → ÂGE U.S. _____ S.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CÉPHALIQUE
DIAMÈTRE BI-PARIÉTAL	_____ mm → ÂGE U.S. _____ S.	_____ mm → ÂGE U.S. _____ S.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SIÈGE
CIRCONFÉRENCE TÊTE	_____ mm → ÂGE U.S. _____ S.	_____ mm → ÂGE U.S. _____ S.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> VARIABLE
FÉMUR	_____ mm → ÂGE U.S. _____ S.	_____ mm → ÂGE U.S. _____ S.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> TRANSVERSE
HUMÉRUS	_____ mm → ÂGE U.S. _____ S.	_____ mm → ÂGE U.S. _____ S.	
DIAMÈTRE ABDOMINAL	_____ mm → ÂGE U.S. _____ S.	_____ mm → ÂGE U.S. _____ S.	
CIRCONFÉRENCE ABDO	_____ POIDS _____ gr	_____ POIDS _____ gr	

AUCUNE ANOMALIE (VISIBLE ACTUELLEMENT)

LIQUIDE AMNIOTIQUE NORMAL ILA _____

ANATOMIE	VU	NON VU
	1 2	1 2
TÊTE PLAN BI-PARIÉTAL	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
FOSSÉ POSTÉRIEURE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ATRIUM	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
TISSU MOUS OCC.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
CERVELET	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
OS NASAL	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

POLYHYDRAMNIOS : Léger Modéré Sévère
 OLIGOHYDRAMNIOS : Léger Modéré Sévère

PLACENTA MATURITÉ : 0/3 1/3 2/3 3/3
 ANTÉRIEUR POSTÉRIEUR LATÉRAL FUNDIQUE
 NORMAL BAS INSÉRÉ MARGINAL PRAEVIA

RACHIS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
THORAX 4 CH. CARD.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
CROISEMENT VASCULAIRE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ABDOMEN : ESTOMAC	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
PAROI ABD : CORDON	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
REINS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
VESSIE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4 MEMBRES	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

CONCLUSION

ÂGE PRÉVU	_____ SEM.	_____ SEM.
ÂGE MESURÉ	_____ SEM.	_____ SEM.
POIDS	_____ grms	_____ grms
PERCENTILE _____ POUR _____ SEM.	_____ POUR _____ SEM.	
EXAMEN NORMAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CROISSANCE NORMALE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONTÔLE SUGGÉRÉ	_____ SEM.	

REMARQUES

SIGNATURE : _____

DATE : _____

NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES