

INFORME DE ULTRASONIDO OBSTETRICO

Fecha: ____/____/____

NOMBRE: _____ EDAD: _____

GESTAS _____ PARTOS _____ ABORTOS _____

FUM: ____/____/____ FPP: ____/____/____ SG por FUM: _____

Feto: Único Múltiple

Diámetro Bi Parietal(DBP)	SG	Peso fetal: _____ gm
Circunferencia Abdominal(CA)	SG	
Longitud del Fémur (LF)	SG	
Longitud céfalo-caudal (LCC)	SG	

Placenta: Anterior Posterior Fúndica Previa total Previa Baja Maduración placentaria: I II III Presentación: cefálica Podálica Situación Transversa

Frecuencia cardiaca fetal: _____ X minuto.

Líquido amniótico: Normal Anormal

Índice de líquido amniótico(ILA):Total _____ cm

Conclusión Diagnóstica

FPP por USG actual: ____/____/____ SG por USG: _____

Observaciones

Firma: _____

* Nota : Informe válido únicamente para red de servicios de salud pública

INFORME DE ULTRASONIDO OBSTETRICO

Fecha: ____/____/____

NOMBRE: _____ EDAD: _____

GESTAS _____ PARTOS _____ ABORTOS _____

FUM: ____/____/____ FPP: ____/____/____ SG por FUM: _____

Feto: Único Múltiple

Diámetro Bi Parietal(DBP)	SG	Peso fetal: _____ gm
Circunferencia Abdominal(CA)	SG	
Longitud del Fémur (LF)	SG	
Longitud céfalo-caudal (LCC)	SG	

Placenta: Anterior Posterior Fúndica Previa total Previa Baja Maduración placentaria: I II III Presentación: cefálica Podálica Situación Transversa

Frecuencia cardiaca fetal: _____ X minuto.

Líquido amniótico: Normal Anormal

Índice de líquido amniótico(ILA):Total _____ cm

Conclusión Diagnóstica

FPP por USG actual: ____/____/____ SG por USG: _____

Observaciones

Firma: _____

* Nota : Informe válido únicamente para red de servicios de salud pública