



PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRASSUNUNGA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA

PACIENTE: _____ DATA: ____/____/____

RELATÓRIO

Bexiga: () visualizada () não visualizada () cheia () vazia

Útero

Gestação () única () gemelar () múltipla

Situação fetal () longitudinal () oblíqua () transversal

Apresentação fetal () cefálica () pélvica () córmica

Dorso fetal () à esquerda () à direita () anterior () posterior

Movimento fetais () presentes () ausentes

Batimentos cardíacos () presentes () ausentes

Movimentos respiratórios () presentes () ausentes

Anatomia fetal () sem alterações visíveis () anormal

Sexo provável () masculino () feminino () não visualizado

Biometria Fetal: DBP: _____ cm CA: _____ cm

CC: _____ cm CU: _____ cm

CF: _____ cm CCN: _____ cm

Peso fetal estimado: _____ gr. +/- 10%.

Placenta:

Topografia () posterior () anterior () fúndica () lateral D () lateral E

Textura () homogênea () heterogênia

Grau Maturidade () 0 () I () II () III

Espessura: _____ cm.

Líquido amniótico: () normal () aumentado () diminuído

Impressão diagnóstica:

Gestação _____ de _____ semanas e _____ dias +/- _____ semanas.

Tempo de amenorréia: _____
