



## Echogyn-riviera

Rue de la Clergère 1  
1800 Vevey

Tél : secrétariat : 021.921.86.88  
Fax : 021.921.86.89  
Mail : katyuska.francini@echogyn-riviera.ch

Dre Katyuska Francini  
FMH Gynécologie-Obstétrique  
Spécialiste en Echographie /Médecine Materno-Fœtale

## Bilan échographique

Nom :  
Prénom :  
Date de naissance :  
  
Tél :

- Rendez-vous prévu le .....
- À convoquer au Numéro .....
- Examen urgent**

### EXAMEN OBSTETRICAL

DDR		TP DDR	TP US
G	P	Groupe RH (copie SVP)	Ac irrég.(taux )

FACTEURS DE RISQUE	Dépistage 1er trimestre (copie SVP)
.....	DPNI (copie SVP)
.....	Dépistage AFP (copie SVP)

ANTECEDENTS .....

.....

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Datation – dépistage 1 <sup>er</sup> trimestre | <input type="checkbox"/> PVC   |
| <input type="checkbox"/> Morphologie précoce – DPNI                     | <input type="checkbox"/> Amniocentèse                                |
| <input type="checkbox"/> Examen Morphologique                           | <input type="checkbox"/> Autre : .....                               |
| <input type="checkbox"/> Croissance – Doppler                           | .....  |
| <input type="checkbox"/> Mesure de l'artère cérébrale moyenne           | .....  |
| <input type="checkbox"/> Suspicion de malformation                      |  |
| <input type="checkbox"/> Localisation placentaire /col                  | <input type="checkbox"/> <b>Désire un suivi échographique adapté</b> |
| <input type="checkbox"/> Mesure du segment inférieur (VESSIE PLEINE)    | <b>à la grossesse si besoin</b>                                      |
| <input type="checkbox"/> Grossesse gémellaire                           |  |
| <input type="checkbox"/> Type : .....                                   |  |

## EXAMEN GYNECOLOGIQUE

DR :  
Contraception :  Hystérectomie  
Ménopause :  
THS :  
Médication : .....

Renseignement clinique .....  
.....  
.....

Patiente virgo (VESSIE PLEINE)

- Echographie gynécologique pour .....
- Echographie gynécologique pour contrôle : .....
- Décompte folliculaire
- Hystérosonographie
- Hystérososalpingographie
- Suspicion de malformation

**Merci de joindre à la demande la copie des examens de laboratoire pertinents**

Souhaitez-vous un rapport par :

E-mail : .....

Fax : .....

Courrier : .....

En cas de situation particulière je souhaite être contacté directement par téléphone au numéro suivant :

.....

Date : .....

Signature : .....