



Echogyn-riviera

Rue de la Clergère 1
1800 Vevey

Tél : secrétariat : 021.921.86.88

Fax : 021.921.86.89

Mail : cabinetfrancini@svmed-hin.ch

Dre Katyuska Francini

FMH Gynécologie-Obstétrique

Spécialiste en Echographie /Médecine Materno-Fœtale

Bilan échographique

Nom :
Prénom :
Date de naissance :
Adresse :
NPA/Lieu :
Tél :

- Rendez-vous prévu le
- À convoquer à l'adresse
- 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)
--------------------------------------	--

ANTECEDANTS

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Datation – dépistage 1 ^{er} trimestre | <input type="checkbox"/> PVC |
| <input type="checkbox"/> Dépistage de prééclampsie au premier trimestre | |
| <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"/> Désire un suivi échographique adapté |
| <input type="checkbox"/> Mesure du segment inférieur (VESSIE PLEINE) | à la grossesse si besoin |
| <input type="checkbox"/> Grossesse gémellaire | type si connu..... |

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 :