

|                                                                                  |                                             |         |
|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------|
|  | Formulaire                                  |         |
|                                                                                  | PO03-FO0006<br>CR Échographie 1er Trimestre | I.E. :1 |

### Détails du document

| Mat. Superviseur | Superviseur             |
|------------------|-------------------------|
| 000031           | Lauriane Marie LE FLOUR |

### Historique de l'évolution du document

| I.E. | Date       | Justification de la MAJ |
|------|------------|-------------------------|
| 1    | 06/08/2017 | Création                |

### Liste des documents de renvoi

| Code | Désignation | Type |
|------|-------------|------|
|------|-------------|------|

### Liste des rédacteurs

| Nom\Prénom     | Fonction                       | Signature | Date de Validation | Heure    |
|----------------|--------------------------------|-----------|--------------------|----------|
| Abdoulaye Diop | Directeur Médical et Technique |           | 31/10/2019         | 16:41:05 |

### Liste des vérificateurs

| Nom\Prénom              | Fonction                  | Signature | Date de Validation | Heure    |
|-------------------------|---------------------------|-----------|--------------------|----------|
| Lauriane Marie LE FLOUR | Directrice des Opérations |           | 31/10/2019         | 16:44:13 |

### Liste des approbateurs

| Nom\Prénom              | Fonction                  | Signature | Date de Validation | Heure    |
|-------------------------|---------------------------|-----------|--------------------|----------|
| Lauriane Marie LE FLOUR | Directrice des Opérations |           | 31/10/2019         | 16:46:01 |

Dakar le .....

# Échographie obstétricale 1<sup>er</sup> trimestre

Nom : ..... Prénom : .....

Age : .....

DDR : ..... AG Prévu : .....

## RESULTATS

### SAC OVULAIRE

Visible      oui ☐      non ☐

Nombre : .....

### BIOMETRIE

Nombre d'embryons : .....

Activité cardiaque : ..... Mouvements spontanés : .....

Longueur cranio-caudale : ..... mm / soit ..... SA+ ..... jours

Diamètre bipariétal : ..... mm / soit ..... SA+ ..... jours

Clarté nucale : ..... mm

Sac gestationnel : ..... mm / soit ..... SA+ ..... jours

### TROPHOBLASTE

.....  
.....

### AUTRES

.....  
.....  
.....  
.....

### CONCLUSION

.....  
.....

Signature