

**Demande d’échographie de 2nde intention ou d’avis**

***Avertissement : toute demande incomplète et/ou sans iconographie ciblée (hors anomalie biométrie) ne sera pas traitée ; toutes les cases doivent être remplies***

**Coordonnées de la patiente**

**Nom :** Cliquez ici pour entrer du texte.

**Prénom :** Cliquez ici pour entrer du texte.

**Date de naissance :** Cliquez ici pour entrer une date.

**Age :** Cliquez ici pour entrer du texte.

**Adresse :** Cliquez ici pour entrer du texte.

**Téléphone :** Cliquez ici pour entrer du texte.

**Coordonnées du prescripteur**

**Nom :** Cliquez ici pour entrer du texte.

**Adresse :** Cliquez ici pour entrer du texte.

**Téléphone :** Cliquez ici pour entrer du texte.

**E-mail :** Cliquez ici pour entrer du texte.

**Date de la demande :**

Cliquez ici pour entrer une date.

**Motif de la demande**

Cliquez ici pour entrer du texte.

**Dossier médical patiente**

**Patiente connue du CHU :** OUI NON

Si oui pour quel antécédent ? Cliquez ici pour entrer du texte.

**Antécédents notables :**

* Personnels : Cliquez ici pour entrer du texte.
* Obstétricaux (poids de naissance et terme +/- pathologie de la grossesse)

Cliquez ici pour entrer du texte.

* Génétiques : Cliquez ici pour entrer du texte.
* Familiaux : Cliquez ici pour entrer du texte.

**Grossesse actuelle**

**DDG :** Cliquez ici pour entrer une date. **Terme :** ..SAet **.** jours

**Marqueurs sériques** **:** 1/…. Et sous-fractions : **hcg** …. MoM **PAPP-A** …. Mom **AFP** …. MoM

**Histoire de la grossesse :** Cliquez ici pour entrer du texte.

**Check-up de la demande avant envoi**

* Fiche
* Consentement patiente
* CR Echographie + iconographie