

INFORME DE LABORATORIO

PEGAR ORDENADAMENTE LOS INFORMES DE LABORATORIO DESDE ABAJO
HACIA ARRIBA COMENZANDO POR EL ESPACIO N°1

8 _____

7 _____

6 _____

5 _____

4 _____

3 _____

2 _____

1 _____

NOM. APELLIDOS	
N° DE HCL.:	



INFORME ECOGRÁFICO OBSTÉTRICO

PACIENTE: _____ EDAD _____ AÑOS

MOTIVO DE EXAMEN: _____ FECHA: ____/____/____

EL ESTUDIO ULTRASONOGRÁFICO EVIDENCIA:

1. FETO / EMBRIÓN

Numero: () Único () Multiple _____
Situación: () Longitudinal () Transversal () oblicua
Presentación () Cefálico () Podálico () Otros
Dorso: () Izquierda () Derecha () Anterior () Posterior
DBP.: _____ mm LF.: _____ mm SG.: _____ mm LCN.: _____ mm
Columna vertebral () Presente Cámara Gástrica () Presente
Riñones: () Presente Vejiga () Presente
Actividad Cardíaca: () Presente () Otros: _____
Movimientos Fetales: () Presente () Otros: _____
Descripción/Otros: _____

2. PLACENTA

Localización: () Fundida () Anterior () Posterior
() Otras posiciones _____
Grado: _____ o I II III
Espesor placentario _____ mm diámetro A-P V.N. Hasta 50 mm a término
Descripción / Otros: _____

3. LIQUIDO AMNIÓTICO

Volumen: () Normal () Oligohidramnios () Polihidramnios
Descripción / Otros: _____

4. CORDÓN UMBILICAL

Circular de Cordón: NO SI: _____
Arterias () Venas ()
Descripción / Otros: _____

5. OBSERVACIONES

() NINGUNA

6. CONCLUSIÓN: El Estudio Ultrasonografico es Compatible con:

Note: Este informe es Invalidado si no lleva el sello, C.M.P. y médico responsable.

SELLO Y FIRMA
MEDICO RESPONSABLE

ORDEN DE ECOGRAFÍA

A y N: _____

EDAD: _____ HCL: _____

Dx: GESTANTE DE _____ ss

Rp: _____

- EDAD GESTACIONAL
- TRASLUCENCIA NUCAL
- PERFIL BIOFÍSICO
- BIENESTAR FETAL

FIRMA Y SELLO
OBSTETRA

FECHA: _____

ORDEN DE ECOGRAFÍA

A y N: _____

EDAD: _____ HCL: _____

Dx: GESTANTE DE _____ ss

Rp: _____

- EDAD GESTACIONAL
- TRASLUCENCIA NUCAL
- PERFIL BIOFÍSICO
- BIENESTAR FETAL

FIRMA Y SELLO
OBSTETRA

FECHA: _____