

Załącznik nr 1

.....
(data)

.....
(nr pisma)

Opis badania (wykonana procedura):

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

Liczba ekspozycji:

Informacje o pacjentce:

Wiek: Waga: Wzrost:

Stopień zaawansowania ciąży: hbd

Obwód brzucha matki: cm

Głębokość położenia płodu: cm

BPD*:

CRL **:

Osoba do kontaktu:

Imię i Nazwisko:

Nr telefonu:

E-mail:

Uwagi:

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

* BPD (biparietal diameter) - wymiar dwuciemienny głowy

** CRL (crown to rump length) - długość ciemieniowo-siedzeniowa