

附件：常规超声检查报告单(例)

| | | |
|--|----|------------|
| 姓名： 身份号： | | |
| 出生日期（日/月/年）： | | |
| 产科医师： | | |
| 检查日期（日/月/年）： | | |
| 超声医师/上级医师： | | |
| 临床情况和指征： | | |
| 末次月经 | | |
| 检查条件： 良好/因何受限： | | |
| 单胎/多胎：（每个胎儿一张报告单） | | |
| 绒毛膜性 | | |
| 附件： | | |
| 显示 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 异常* | | |
| 异常： | | |
| 测量 | mm | 百分位数（参考范围） |
| 头臀径 | | |
| NT（可选） | | |
| 双顶径 | | |
| 头围 | | |
| 腹围 | | |
| 股骨长 | | |
| *异常发现（详细记录）： | | |
| | | |
| | | |
| 超声推算孕周： | | |
|周.....天 | | |
| | | |
| | | |
| 结论： | | |
| <input type="checkbox"/> 检查全面，结果正常 | | |
| <input type="checkbox"/> 检查不全面，但结果正常 | | |
| <input type="checkbox"/> 结果异常 | | |
| <input type="checkbox"/> 建议： <input type="checkbox"/> 不需要进一步超声检查 | | |
| <input type="checkbox"/> ... 周后复查 | | |
| <input type="checkbox"/> 转诊至... | | |
| <input type="checkbox"/> 其它： | | |

| | | | |
|---|---|----|---|
| 超声表现及胎儿解剖结构观察：（正=正常；异=异常*；未=未显示） 灰色=可选 | 正 | 异* | 未 |
| 头部 | | | |
| 形状 | | | |
| 颅骨骨化 | | | |
| 大脑镰 | | | |
| 脉络丛 | | | |
| 面部 | | | |
| 眼眶 | | | |
| 轮廓 | | | |
| 颈部 | | | |
| 胸部 | | | |
| 肺部 | | | |
| 横膈 | | | |
| 心脏 | | | |
| 心脏活动 | | | |
| 大小 | | | |
| 心轴 | | | |
| 四腔心切面 | | | |
| 腹部 | | | |
| 胃 | | | |
| 肠 | | | |
| 肾脏 | | | |
| 膀胱 | | | |
| 脐带插入/腹壁 | | | |
| 脐带血管 | | | |
| 脊柱 | | | |
| 四肢 | | | |
| 右臂（包括手） | | | |
| 右腿（包括脚） | | | |
| 左臂（包括手） | | | |
| 左腿（包括脚） | | | |
| 性别(可选)男 女 | | | |
| 其他： | | | |