

Assunto: **MODELOS DE RELATÓRIOS DE ECOGRAFIA OBSTÉTRICA**

Nº 10/DSMIA
Data: 07/05/2001

Para: **A todos os estabelecimentos de saúde**

Contacto na DGS: **Divisão de Saúde Materna Infantil e dos Adolescentes**

Nas últimas duas décadas, a ultrassonografia veio revolucionar a ciência obstétrica, fornecendo dados da observação directa da gravidez, desde o seu início até ao parto, tendo induzido mesmo a criação de novas áreas de especialização como a medicina fetal, a cardiologia fetal e a neurologia fetal.

Por outro lado, as indicações para o uso da ecografia em obstetrícia têm aumentado extraordinariamente e a experiência acumulada permite a observação cada vez mais precisa e eficaz dos mais pequenos detalhes anatómicos do feto e a análise de inúmeros fenómenos fisiológicos e fisiopatológicos. A ecografia constitui, assim, quando correctamente executada, uma excelente técnica de diagnóstico pré-natal, contribuindo para a redução da mortalidade e morbilidade por anomalias congénitas, 2ª causa de morte perinatal e infantil.

Com o desenvolvimento e a “universalização” da ecografia obstétrica tem vindo a ser sentida a necessidade de a mesma ter de obedecer a uma uniformização de critérios que permitam garantir, minimamente, a qualidade dos exames e dos seus relatórios. A necessidade de definir critérios mínimos decorre, ainda, da preocupação com a realidade actual daqueles exames, cuja qualidade nem sempre se enquadra nos objectivos do que deverão ser os correctos cuidados integrados de saúde à grávida.

Nesse sentido a Direcção Geral da Saúde, de acordo com a Comissão Técnica de Ecografia Obstétrica, e tendo em vista a melhoria da qualidade dos exames ecográficos pré-natais - um dos objectivos expressos na Estratégia da Saúde, determina **o conteúdo mínimo dos relatórios dos exames ecográficos realizados durante a gravidez**, cujos modelos se anexam.

De acordo com o actual estado do conhecimento, **considera-se ser 3 o número máximo de exames** a realizar na gravidez de baixo risco e os períodos da gestação em que se recomenda a sua realização são:

- 1º Exame entre as 11 e 13 semanas
- 2º Exame entre as 20 e 22 semanas
- 3º Exame entre as 28 e 32 semanas

Os modelos de relatório devem ser adoptados, a nível nacional, pelas unidades de ecografia obstétrica dos Hospitais, sem prejuízo de qualquer outro modelo já utilizado e mais abrangente, desde que o mesmo inclua os parâmetros aqui considerados como mínimos.

No sentido de promover e garantir a qualidade dos exames ecográficos convencionados é recomendado às Administrações Regionais de Saúde a implementação destes modelos, logo que viável.

A aplicabilidade e aceitabilidade destes modelos de relatório deverá ser avaliada ao final de um ano.

O Director Geral da Saúde

Prof. Doutor, José Luís Castanheira

RELATÓRIO DE EXAME ECOGRÁFICO - 1º. TRIMESTRE - 11/13 SEMANAS

NOME _____ IDADE _____

Nº. CARTÃO DE UTENTE _____ MÉDICO ASSISTENTE _____

HOSPITAL _____ CENTRO DE SAÚDE _____

U.M. ____/____/____

NÚMERO DE FETOS _____ SE MÚTIPLA _____
(Se múltipla preencher um relatório por feto)

FREQUÊNCIA CARDÍACA _____ p.m. AUSENTE ☐

MOVIMENTOS CORPORAIS PRESENTES ☐ AUSENTES ☐

BICORIÔNICA ☐

MONOCORIÔNICA ☐

• MONOAMNIÓTICA ☐

• BIAMNIÓTICA ☐

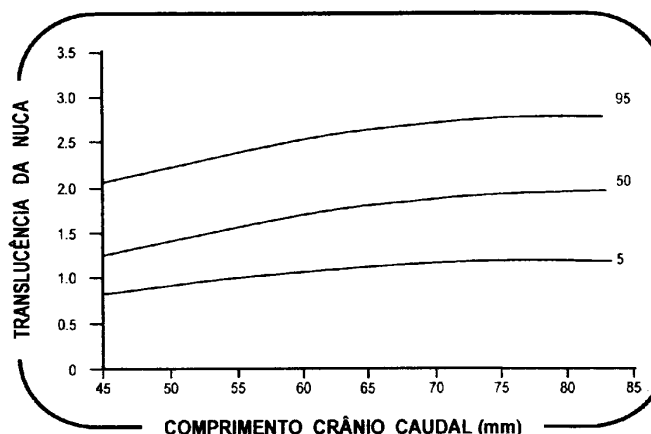
BIOMETRIA

COMPRIMENTO CRÂNIO CAUDAL _____ mm

DIÂMETRO BIPARIETAL _____ mm

TRANSLUCÊNCIA DA NUCA _____, _____ mm

(Referenciar se superior ao percentil 95)



ECOANATOMIA

N - NORMAL

A - ANORMAL

NV - NÃO VISUALIZADO

POLO CEFÁLICO _____ COLUNA _____ ESTÔMAGO _____ PAREDE ABDOMINAL _____

MEMBROS SUPERIORES (3 SEGMENTOS) _____ MEMBROS INFERIORES (3 SEGMENTOS) _____ BEXIGA _____

IDADE GESTACIONAL

U.P.M. _____ SEMANAS

ECOGRÁFICA: _____ SEMANAS

OBSERVAÇÕES

DATA ____/____/____

MÉDICO _____

CÉDULA PROFISSIONAL _____

NOTA: AS BIOMETRIAS DEVEM SER OBRIGATORIAMENTE DOCUMENTADAS COM IMAGEM BEM COMO A EXISTÊNCIA EVENTUAL DE QUALQUER ANOMALIA.

RELATÓRIO DE EXAME ECOGRÁFICO - 2º. TRIMESTRE - 20/22 SEMANAS

NOME _____ IDADE _____

Nº. CARTÃO DE UTENTE _____ MÉDICO ASSISTENTE _____

HOSPITAL _____ CENTRO DE SAÚDE _____

U.M. ____/____/____

NÚMERO DE FETOS ☐ (PREENCHER UM RELATÓRIO POR FETO)

ACTIVIDADE CARDÍACA PRESENTE ☐ AUSENTE ☐

MOVIMENTOS FETAIS SIM ☐ NÃO ☐

ECOANATOMIA

N - NORMAL

A - ANORMAL

NV - NÃO VISUALIZADO

CRÂNIO	_____	4 CAVIDADES CARDÍACAS	_____	RINS	_____
VENTRÍCULOS CEREBRAIS	_____	SAÍDA GRANDES VASOS	_____	BEXIGA	_____
FOSSA POSTERIOR	_____	PULMÕES	_____	MEMBROS SUPERIORES	_____
FACE	_____	DIAFRAGMA	_____	(3 SEGMENTOS)	_____
PERFIL	_____	ESTÔMAGO	_____	MEMBROS INFERIORES	_____
COLUNA	_____	VESÍCULA BILIAR	_____	(3 SEGMENTOS)	_____
		PAREDE ABDOMINAL	_____	GENITAIS EXTERNOS	_____
				C. UMBILICAL Nº DE VASOS	_____

BIOMETRIA

DBP _____mm

PC _____mm

PA _____mm

FÉMUR _____mm

Outras:

PLACENTA BAIXA ☐ NÃO BAIXA ☐

LÍQUIDO AMNIÓTICO NORMAL ☐ OLIGOÂMNIOS ☐ HIDRÂMNIOS ☐

IDADE GESTACIONAL U.M. _____ SEMANAS

IDADE ECOGRÁFICA: _____ SEMANAS

1ª. ECOGRAFIA REALIZADA ÀS _____ SEMANAS

OBSERVAÇÕES

DATA ____/____/____

MÉDICO _____

CÉDULA PROFISSIONAL _____

NOTA: AS BIOMETRIAS DEVEM SER OBRIGATORIAMENTE DOCUMENTADAS COM IMAGEM BEM COMO A EXISTÊNCIA EVENTUAL DE QUALQUER ANOMALIA.

RELATÓRIO DE EXAME ECOGRÁFICO - 3º. TRIMESTRE - 28/32 SEMANAS

NOME _____ IDADE _____

Nº. CARTÃO DE UTENTE _____ MÉDICO ASSISTENTE _____

HOSPITAL _____ CENTRO DE SAÚDE _____

U.M. ____/____/____

NÚMERO DE FETOS ☐ (PREENCHER UM RELATÓRIO POR FETO)

ACTIVIDADE CARDÍACA PRESENTE ☐ AUSENTE ☐

MOVIMENTOS FETAIS SIM ☐ NÃO ☐

ECOANATOMIA

N - NORMAL

A - ANORMAL

NV - NÃO VISUALIZADO

CRÂNIO	_____	4 CAVIDADES CARDÍACAS	_____	RINS	_____
VENTRICULOS CEREBRAIS	_____	SAÍDA GRANDES VASOS	_____	BEXIGA	_____
FOSSA POSTERIOR	_____	PULMÕES	_____	MEMBROS SUPERIORES	_____
FACE	_____	DIAFRAGMA	_____	(3 SEGMENTOS)	_____
PERFIL	_____	ESTÔMAGO	_____	MEMBROS INFERIORES	_____
COLUNA	_____	VESÍCULA BILIAR	_____	(3 SEGMENTOS)	_____
		PAREDE ABDOMINAL	_____	GENITAIS EXTERNOS	_____
				C. UMBILICAL Nº DE VASOS	_____

BIOMETRIA

DBP _____mm PC _____mm PA _____mm FÉMUR _____mm

Outras:

PLACENTA NÃO PRÉVIA ☐ PRÉVIA ☐ TOTAL ☐ PARCIAL ☐

LÍQUIDO AMNIÓTICO NORMAL ☐ OLIGOÂMNIOS ☐ HIDRÂMNIOS ☐

IDADE GESTACIONAL U.M. _____ SEMANAS

IDADE ECOGRÁFICA: _____ SEMANAS

1ª. ECOGRAFIA REALIZADA ÀS _____ SEMANAS

CONCLUSÃO

CRESCIMENTO FETAL HARMONIOSO PERCENTIL _____

SE DISARMÓNICO:

PERÍMETRO CEFÁLICO PERCENTIL _____

PERÍMETRO ABDOMINAL PERCENTIL _____

FÉMUR PERCENTIL _____

OBSERVAÇÕES

DATA ____/____/____

MÉDICO _____

CÉDULA PROFISSIONAL _____

NOTA: AS BIOMETRIAS DEVEM SER OBRIGATORIAMENTE DOCUMENTADAS COM IMAGEM BEM COMO A EXISTÊNCIA EVENTUAL DE QUALQUER ANOMALIA.