PRACOWNIA USG
Oddział Gin.-Poł.
SP ZOZ Oborniki
ul. Szpitalna 2.

DATA .....

NAZWISKO I IMIĘ .....

Sonda – TA
TV

Trzon macicy ..... wielkości ..... x ..... x ..... cm.
Endometrium grubości ..... mm.
Jajniki: Prawy ..... x ..... cm .....
Lewy ..... x ..... cm .....
Zatoka Douglasa wolna.

Uwagi: .....
.....
.....

Pieczątka i podpis