WYNIK BADANIA USG DATA .....
Oddział Gin.-Poł.
SP ZOZ Oborniki
ul. Szpitalna 2.

NAZWISKO I IMIĘ .....

Sonda – TA
TV
GS = ... cm co odpowiada ..... t.c.+ ..... d.
CRL = ... cm co odpowiada ..... t.c.+ ..... d.

FHR ..... Ruchy .....
Położenie: zmienne, główkowe, miednicowe, poprzeczne.
Łożysko: przednia, dno, tylna ściana. Dojrzałość: 0", I', II', III'.
BPD = ... cm co odpowiada ..... t.c.+ ..... d.
FL = ... cm co odpowiada ..... t.c.+ ..... d.
AC = ... cm co odpowiada ..... t.c.+ ..... d.
HC = ... cm co odpowiada ..... t.c.+ ..... d.
AFI = ... EFBW = ... g.

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

Pieczątka i podpis