

Compte-rendu d'échographie aux urgences

"Cœur-Poumon"

Service des Urgences de : _____

Date : _____

Examen effectué par Dr : _____

Identité du patient

Motifs	Douleur thoracique	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	Dyspnée	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	Choc	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	Autre	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Echogénéicité	<input type="checkbox"/> Bonne	<input type="checkbox"/> Moyenne	<input type="checkbox"/> Médiocre

COEUR	
FEVG visuelle <i>(Coupe apicale 4 Cavités)</i>	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Altérée <input type="checkbox"/> Effondrée
Anomalie évidente contraction VG <i>(Coupe apicale 4 Cavités)</i>	<input type="checkbox"/> Septale <input type="checkbox"/> Antérieure <input type="checkbox"/> Latérale <input type="checkbox"/> Inférieure <input type="checkbox"/> Non
Dilatation cavité <i>(Coupe parasternale)</i>	<input type="checkbox"/> VG <input type="checkbox"/> VD <input type="checkbox"/> OG <input type="checkbox"/> OD <input type="checkbox"/> Non
HVG visuelle <i>(Coupe parasternale)</i>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Ratio VD/VG <i>(Coupe parasternale)</i>	<input type="checkbox"/> ≥ 1 <input type="checkbox"/> < 1
Epanchement péricardique <i>(Coupe sous-xyphoïdienne)</i>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Collapsus : <input type="checkbox"/> OD <input type="checkbox"/> VD <input type="checkbox"/> Non

VAISSEAUX

VCI <i>(Coupe sous-xyphoïdienne)</i>	<input type="checkbox"/> Collabée <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Dilatée	
	Variabilité respiratoire : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Aorte ascendante <i>(Coupe parasternale)</i>	Dilatée : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui : Diamètre _____mm Flap visualisé <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Aorte abdominale <i>(Echo abdo)</i>	Perte parallélisme : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui : Diamètre : _____mm	
Echo-compression	FCD	<input type="checkbox"/> Compressible <input type="checkbox"/> Non compressible <input type="checkbox"/> Thrombus
	FCG	<input type="checkbox"/> Compressible <input type="checkbox"/> Non compressible <input type="checkbox"/> Thrombus
	PD	<input type="checkbox"/> Compressible <input type="checkbox"/> Non compressible <input type="checkbox"/> Thrombus
	PG	<input type="checkbox"/> Compressible <input type="checkbox"/> Non compressible <input type="checkbox"/> Thrombus

POUMONS / PLEVRES

Epanchement liquidien <i>(Zones déclives)</i>	<input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Non
Suspicion PNO	<input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Non
OAP (Lignes B > 3/champs) <i>(Zones non déclives)</i>	<input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Bilatéral <input type="checkbox"/> Non

Références de l'appareil d'écho :

Date de mise en service :