



RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE PLACENTA

Método: Exame realizado com cortes multiplanares nas sequências FSE e GRE, ponderadas em T1 e T2, sem injeção endovenosa do meio de contraste paramagnético e direcionado para o estudo da placenta.

Indicação Clínica:

Análise:

DUM:

IG:

Gestação:

Feto:	() Único () Gemelar () Trigemelar
Apresentação fetal:	() Cefálica () Pélvica () Córmica
Situação:	() Longitudinal () Transversal
Dorso:	() Esquerda () Direita () Anterior () Posterior () Superior () Inferior

Placenta

Localização	() Ant () Post () Lat direita () Lat esquerda () Fúndica
Placenta prévia	() Ausente () Baixa (2 cm do OCI) () Marginal () Parcial () Completa () Central

Distância da borda placentária inferior ao orifício cervical interno (OCI): ____ cm

Espessura placentária máxima: _____ cm

Sinais de acretismo placentário:	Presente	Ausente
Lobulação (protuberância) uterina (aspecto em ampulheta)		
Protuberância placentária		
Heterogeneidade Placentária (até 32 semanas)		
Protrusão placentária (bexiga/ colo/ OCI)		
Bandas Hipointensas em T2 + retração placentária		
Bandas Hipointensas em T2		
Indefinição da interface placentário-miometrial		
Afilamento miometrial		
Vascularização placentária anormal		
Hipervascularização subserosa		

Miomas: () Ausente () Presente

(se presente) Localização, tipo e tamanho dos maiores

Colo uterino:

Comprimento: ____ cm

Achados adicionais:

Opinião:

Estudo de RM da Placenta dentro dos limites da normalidade.

Exame com baixa / média / alta probabilidade para acretismo placentário.

(Modelo de laudo estruturado baseado no <http://open.radreport.org/template/0050319>)

QUESTIONÁRIO PARA REALIZAÇÃO DE RM DE PLACENTA

Nome:			Idade:
Indicação do exame:			
DUM:			IG:
Nº Gestações:	Nº Partos	Nº Cesárias	Nº abortos
Se aborto, realizou curetagem: () Sim () Não			Quantas vezes:
Placenta prévia anterior: () Sim () Não () Não sabe			
Tipo: () Baixa () Marginal () Parcial () Completa () Central			
Cirurgias pélvicas prévias: () Sim () Não		Miomectomia () Sim () Não	
Quantas: _____		Embolização () Sim () Não	
		Outras:	
Realizou ultrassonografia anterior a RM: () Sim () Não			
Achados da US:			
Alterações Urinárias: () Sim () Não		Alterações intestinais: () Sim () Não	