**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 placento-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  Quantas: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | Miomectomia ( )Sim ( )Não  Embolização ( )Sim ( )Não  Outras: | |
| Realizou ultrassonografia anterior a RM: ( ) Sim ( ) Não | | | | |
| Achados da US: | | | | |
| Alterações Urinárias: ( ) Sim ( ) Não | | Alterações intestinais: ( ) Sim ( ) Não | | |