

# RAPPORT ANNUEL DES ACTIVITES DE DIAGNOSTIC PRENATAL

## MALADIES INFECTIEUSES

**ANNEE : 2023**

**Code centre :**

**Nom de l'établissement :**

**FINESS :**

**Adresse :**

**Code postal :**

**Ville :**

<b>PARASITOLOGIE .....</b>	<b>4</b>
<b>I. RECHERCHE DU TOXOPLASME SUR UN PRELEVEMENT FCETAL REALISE SUR LE TERRITOIRE NATIONAL (METROPOLE ET DEPARTEMENTS OU REGIONS D'OUTRE-MER – MARTINIQUE, GUADELOUPE, GUYANE, LA REUNION, MAYOTTE) .....</b>	<b>5</b>
<b>II. RECHERCHE D'UN AUTRE PARASITE SUR UN PRELEVEMENT REALISE SUR LE TERRITOIRE NATIONAL.....</b>	<b>5</b>
<b>III. RECHERCHE DU TOXOPLASME SUR UN PRELEVEMENT FCETAL REALISE HORS DU TERRITOIRE NATIONAL .....</b>	<b>6</b>
<b>VIROLOGIE .....</b>	<b>7</b>
<b>I. NOMBRE DE PRELEVEMENTS REALISES SUR LE TERRITOIRE NATIONAL (METROPOLE ET DEPARTEMENTS OU REGIONS D'OUTRE-MER – MARTINIQUE, GUADELOUPE, GUYANE, LA REUNION, MAYOTTE) .....</b>	<b>8</b>
<b>II. NOMBRE DE PRELEVEMENTS REALISES HORS DU TERRITOIRE NATIONAL .....</b>	<b>9</b>
<b>III. INTERFERON MESURE, ASSOCIE A LA RECHERCHE DE VIRUS QUEL QUE SOIT LE LIEU DE PRELEVEMENT .....</b>	<b>9</b>

**ETABLISSEMENT AUTORISE**

**Service :**

**Date de dernière autorisation :**

**Avez-vous eu une activité de parasitologie ? OUI / NON**

## **PARASITOLOGIE**

### **PRATICIEN(S) RESPONSABLE(S) DE L'ACTIVITE DE PARASITOLOGIE**

Nom :

Prénom :

Mail :

Téléphone :

Fax :

Accord pour la diffusion de vos coordonnées le cas échéant à des fins professionnelles ? OUI/NON

Nom :

Prénom :

Mail :

Téléphone :

Fax :

Accord pour la diffusion de vos coordonnées le cas échéant à des fins professionnelles ? OUI/NON

### **PERSONNE-CONTACT CHARGÉE DE LA RÉDACTION DU RAPPORT DE PARASITOLOGIE**

Nom :

Prénom :

Mail :

Téléphone :

Fax :

Accord pour la diffusion de vos coordonnées le cas échéant à des fins professionnelles ? OUI/NON

### I. Recherche du toxoplasme sur un prélèvement foetal réalisé sur le territoire national (Métropole et Départements ou Régions d'Outre-mer – Martinique, Guadeloupe, Guyane, la Réunion, Mayotte)

*Ne déclarer qu'une seule fois les cas de DPN.*

*En cas de signes d'appel échographiques (même apparus secondairement), classer les cas sous l'indication : « signe d'appel échographique +/- séroconversion »*

	Indication : Séroconversion seule		Indication : signe d'appel échographique +/- séroconversion	
	Nombre de prélèvements analysés (Liquide amniotique, sang foetal)	Nombre de prélèvements positifs	Nombre de prélèvements analysés (Liquide amniotique, sang foetal)	Nombre de prélèvements positifs
1 <sup>er</sup> trimestre				
2 <sup>ème</sup> trimestre				
3 <sup>ème</sup> trimestre				
Non daté (Première sérologie équivoque ou tardive, écart trop grand entre les examens sérologiques, résultats non disponibles, réactivation, datation trop approximative)				
<b>Total</b>				

### II. Recherche d'un autre parasite sur un prélèvement réalisé sur le territoire national

Nom du parasite	Nombre de prélèvements analysés (Liquide amniotique, sang foetal)	Nombre de prélèvements positifs

### III. Recherche du toxoplasme sur un prélèvement fœtal réalisé hors du territoire national

*Remplir un dossier pour les examens dont les prélèvements ont eu lieu hors territoire national y compris dans les Collectivités d'Outre-Mer (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, St Pierre et Miquelon, Wallis et Futuna, Saint Martin, Saint Barthélemy)*

Nombre total de prélèvements analysés  
(Liquide amniotique, sang fœtal)

Collectivités d'outre-mer	Pays étrangers

## **VIROLOGIE**

Avez-vous eu une activité de virologie en 2021 ? OUI / NON

### **PRATICIEN(S) RESPONSABLE(S) DE L'ACTIVITE DE VIROLOGIE**

Nom :

Prénom :

Mail :

Téléphone :

Fax :

Accord pour la diffusion de vos coordonnées le cas échéant à des fins professionnelles ? OUI/NON

Nom :

Prénom :

Mail :

Téléphone :

Fax :

Accord pour la diffusion de vos coordonnées le cas échéant à des fins professionnelles ? OUI/NON

### **PERSONNE-CONTACT CHARGÉE DE LA RÉDACTION DU RAPPORT DE VIROLOGIE**

Nom :

Prénom :

Mail :

Téléphone :

Fax :

Accord pour la diffusion de vos coordonnées le cas échéant à des fins professionnelles ? OUI/NON

### NE CONSIDERER QUE LES DIAGNOSTICS IN UTERO

#### I. Nombre de prélèvements réalisés sur le territoire national (Métropole et Départements ou Régions d'Outre-mer – Martinique, Guadeloupe, Guyane, la Réunion, Mayotte)

Nombre total de fœtus ayant fait l'objet d'au moins une recherche de diagnostic virologique (quel que soit le nombre d'analyse par prélèvement) :

*En cas de signes d'appel échographiques (même apparus secondairement), classer les cas sous l'indication : « signe d'appel échographique +/- séroconversion »*

	Indication : infection maternelle ou séroconversion seule		Indication : signe d'appel échographique +/- séroconversion	
	Nombre de prélèvements analysés (Liquide amniotique, sang fœtal)	Nombre de prélèvements positifs	Nombre de prélèvements analysés (Liquide amniotique, sang fœtal)	Nombre de prélèvement positifs
Cytomégalovirus (CMV)				
Parvovirus B19 (PB19)				
Rubéole (R)				
Virus Varicelle Zona (VZV)				
Herpès simplex (HSV)				
Entérovirus (EV)				
Zika				
Autres				

### II. Nombre de prélèvements réalisés hors du territoire national

Remplir un dossier pour les examens dont les prélèvements ont eu lieu hors territoire national y compris dans les Collectivités d'Outre-Mer (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, St Pierre et Miquelon, Wallis et Futuna, Saint Martin, Saint Barthélémy)

	Nombre de prélèvements analysés (Liquide amniotique, sang fœtal)	
	Collectivités d'outre-mer	Pays étrangers
Cytomégalovirus (CMV)		
Parvovirus B19 (PB19)		
Rubéole (R)		
Virus Varicelle Zona (VZV)		
Herpès simplex (HSV)		
Entérovirus (EV)		
Zika		
Autres (en clair)		

### III. Interféron mesuré, associé à la recherche de virus quel que soit le lieu de prélèvement

	Liquide Amniotique (valeur anormale $\geq 25$ ui)			Sang Fœtal (valeur normale $\geq 2$ ui)		
	$\geq 25$ ui	$< 25$ ui	Total	$\geq 2$ ui	$< 2$ ui	Total
IFN alpha avec au moins un virus détecté						
IFN alpha sans virus détecté						
<b>Total</b>						