agence de la biomédecine

RAPPORT ANNUEL DES ACTIVITES DE **DIAGNOSTIC PRENATAL**

MALADIES INFECTIEUSES

ANNEE : 2020

Code centre :

Nom de l'établissement :

FINESS :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Bilan d'activité 2020 des centres de Maladies infectieuses

PARASITOLOGIE 4

I. RECHERCHE DU TOXOPLASME SUR UN PRELEVEMENT FŒTAL REALISE SUR LE TERRITOIRE NATIONAL (METROPOLE ET DEPARTEMENTS OU REGIONS D'OUTRE-MER – MARTINIQUE, GUADELOUPE, GUYANE, LA REUNION, MAYOTTE) 5

II. RECHERCHE D'UN AUTRE PARASITE SUR UN PRELEVEMENT REALISE SUR LE TERRITOIRE NATIONAL 5

III. RECHERCHE DU TOXOPLASMOSE SUR UN PRELEVEMENT FŒTAL REALISE HORS DU TERRITOIRE NATIONAL 6

VIROLOGIE 7

I. NOMBRE DE PRELEVEMENTS REALISES SUR LE TERRITOIRE NATIONAL (METROPOLE ET DEPARTEMENTS OU REGIONS D'OUTRE-MER – MARTINIQUE, GUADELOUPE, GUYANE, LA REUNION, MAYOTTE) 8

II. NOMBRE DE PRELEVEMENTS REALISES HORS DU TERRITOIRE NATIONAL 9

III. INTERFERON MESURE, ASSOCIE A LA RECHERCHE DE VIRUS QUEL QUE SOIT LE LIEU DE PRELEVEMENT 9

Bilan d'activité 2020 des centres de Maladies infectieuses

ETABLISSEMENT AUTORISE

Service pratiquant l'activité de parasitologie :

Date de dernière autorisation :

Avez-vous eu une activité de parasitologie en 2020 ? 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

Bilan d'activité 2020 des centres de Maladies infectieuses

I. Recherche du toxoplasme sur un prélèvement fœtal 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 fœtal)	**Nombre de prélèvements positifs**	**Nombre de prélèvements analysés (Liquide amniotique, sang fœtal)**	**Nombre de prélèvements positifs**
1er trimestre				
2ème trimestre				
3ème trimestre				
Non daté[1]				
Total				

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

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

III. Recherche du toxoplasmose 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 Barthélémy)

	Collectivités d'outre-mer	Pays étrangers
Nombre total de prélèvements analysés (Liquide amniotique, sang fœtal)		

VIROLOGIE

Avez-vous eu une activité de virologie en 2020 ? 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

Bilan d'activité 2020 des centres de Maladies infectieuses

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				

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		

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

	Liquide Amniotique (valeur anormale >= 25 ui)		**Sang Fœtal (valeur normale < 2 ui)**	
	>=25ui	**<25ui**	**>=2ui**	**<2ui**
IFN alpha avec au moins un virus détecté				
IFN alpha sans virus détecté				
Total				