

## RAPPORT ANNUEL DES ACTIVITES DE DIAGNOSTIC PRENATAL

### BIOCHIMIE FOËTALE ET MARQUEURS SERIQUES

- Biochimie foétale : page 3 à page 10
- Marqueurs sériques : page 11 à page 17

**ANNEE : 2015**

#### Note relative au remplissage de ce rapport :

Si vous rencontrez des difficultés à remplir ce rapport ou si des questions vous paraissent litigieuses, vous pouvez contacter :

Le Pôle Qualité des données au : 01 55 93 65 10 ou 65 28  
[pqd@biomedecine.fr](mailto:pqd@biomedecine.fr)

Cadre réservé à l'Agence de la biomédecine

Code centre :       |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

## SOMMAIRE

### BIOCHIMIE FOETALE

<b>TERRITOIRE NATIONAL</b> .....	<b>5</b>
<b>I. Maladies héréditaires du métabolisme</b> .....	<b>5</b>
I.1 Sur antécédent familial .....	5
I.2 Sur signe d'appel échographique .....	6
<b>II. Hormonologie fœtale</b> .....	<b>7</b>
<b>III. Dosages biochimiques</b> .....	<b>7</b>
<b>IV. Dosage de l'Alpha-Foeto Protéine (AFP) du liquide amniotique</b> .....	<b>8</b>
<b>V. Dosage ou électrophorèse des cholinestérases du liquide amniotique</b> .....	<b>8</b>
<b>HORS TERRITOIRE NATIONAL</b> .....	<b>9</b>
<b>I. Maladies héréditaires du métabolisme</b> .....	<b>9</b>
I.1 Sur antécédent familial .....	9
I.2 Sur signe d'appel échographique .....	9
<b>II. Hormonologie fœtale</b> .....	<b>10</b>
<b>III. Dosages biochimiques</b> .....	<b>10</b>
<b>IV. Dosage de l'Alpha-Foeto Protéine (AFP) du liquide amniotique</b> .....	<b>11</b>
<b>V. Dosage ou électrophorèse des cholinestérases du liquide amniotique</b> .....	<b>11</b>

### MARQUEUR SÉRIQUES

<b>TERRITOIRE NATIONAL</b> .....	<b>14</b>
<b>VI Dépistage des anomalies chromosomiques par marqueurs sériques</b> .....	<b>14</b>
VI.1 Marqueurs sériques utilisés .....	14
VI.2 Tests combinés effectués au 1 <sup>er</sup> trimestre .....	14
a) Résultats des tests (nuque < 3,5 mm) .....	14
b) Résultats des tests (nuque ≥ 3,5 mm) .....	15
c) Issues de grossesses .....	15
VI.3 Tests séquentiels intégrés .....	16
VI.4 Tests effectués au 2 <sup>ème</sup> trimestre non combinés à la mesure de la clarté nucale (marqueurs sériques seuls) .....	17
<b>VII Anomalies chromosomiques déséquilibrées diagnostiquées pour des femmes ayant eu des marqueurs sériques indiquant un risque &lt;1/250</b> .....	<b>18</b>
<b>VIII Autres dépistages effectués</b> .....	<b>19</b>
<b>HORS TERRITOIRE NATIONAL</b> .....	<b>20</b>
<b>VI Dépistage des anomalies chromosomiques par marqueurs sériques</b> .....	<b>20</b>
VI.1 Tests combinés effectués au 1 <sup>er</sup> trimestre .....	20
a) Résultats des tests (nuque < 3,5 mm) .....	20
b) Résultats des tests (nuque ≥ 3,5 mm) .....	20
VI.2 Tests séquentiels intégrés .....	20
VI.3 Tests effectués au 2 <sup>ème</sup> trimestre non combinés à la mesure de la clarté nucale (marqueurs sériques seuls) .....	20
<b>VIII Autres dépistages effectués</b> .....	<b>21</b>

# BIOCHIMIE FŒTALE

---

## ETABLISSEMENT AUTORISE

Raison sociale :

Adresse :

Code postal :

Localité :

Région

Date d'autorisation : |\_|\_| / |\_|\_| / |\_|\_|\_|\_|

Date de visite de conformité positive : |\_|\_| / |\_|\_| / |\_|\_|\_|\_|

## SITE D'ACTIVITE

Raison sociale :

Adresse :

Code postal :

Localité :

## DEPARTEMENT, SERVICE OU UNITE FONCTIONNELLE REALISANT L'ACTIVITE

Nom du département, service ou U.F.:

Responsable (Titre, Nom, Prénom) :

Téléphone :

Fax :

Email :

## **PRATICIEN(s) RESPONSABLE(s) DE L'ACTIVITE (2 maximum)**

Titre - Nom - Prénom :

Téléphone :

Fax :

E-mail :

Titre - Nom - Prénom :

Téléphone :

Fax :

E-mail :

## **PERSONNE-CONTACT CHARGÉE DE LA REDACTION DU RAA**

Nom - Prénom :

Fonction :

Département ou service :

Téléphone :

E-mail :

Si pas d'activité : notez 0 ou barrez la page ou les cases

## BIOCHIMIE FOETALE

### **TERRITOIRE NATIONAL**

**Remplir un dossier pour les examens dont les prélèvements ont eu lieu sur le territoire national (Métropole et Départements et Territoires d'Outre-mer (DOM-TOM)) (Bilan national)**

## I. Maladies héréditaires du métabolisme

### I.1 Sur antécédent familial

Nombre total de fœtus étudiés

Diagnostics	Nombre d'examens réalisés	Nombre de fœtus atteints	Fœtus atteints	
			Nombre d'IMG <sup>1</sup>	Issues de grossesses inconnues
<b>Maladies de surcharges lysosomales</b>				
Mucopolysaccharidose de type VII				
Sialidose de type II				
Gangliosidose à GM1				
Maladie de Gaucher				
Autres (précisez)				
<b>Aciduries organiques</b>				
Acidémie méthylmalonique				
Acidémie propionique				
Acidurie glutarique				
Autres (précisez)				
<b>Aminoacidopathies</b>				
Hyperglycinémie sans cétose				
Leucinose				
Homocystinurie				
Autres (précisez)				
<b>Anomalies du métabolisme du cholestérol</b>				
Smith Lemli Opitz				
Wolman				
Autres (précisez)				

<sup>1</sup> Indiquez le nombre d'interruptions volontaires de grossesse pour motif médical (IMG) en rapport avec le diagnostic réalisé

Si pas d'activité : notez 0 ou barrez la page ou les cases

## BIOCHIMIE FOETALE

Diagnostics	Nombre d'examens réalisés	Nombre de fœtus atteints	Fœtus atteints	
			Nombre d'IMG <sup>1</sup>	Issues de grossesses inconnues
<b>Anomalies d'oxydation des acides gras</b>				
(précisez)				
<b>Autres diagnostics</b>				
(précisez)				

### I.2 Sur signe d'appel échographique

#### Signes d'appels

Signes d'appels	Nombre de fœtus étudiés	Nombre de fœtus atteints
Hygroma anasarque / œdème / épanchement		
Colon hyperéchogène		
RCIU / anomalie des membres / anomalie des organes génitaux externes		
Autres (précisez)		

#### Pathologies recherchées

Diagnostics	Nombre d'examens réalisés	Nombre de fœtus atteints	Fœtus atteints	
			Nombre d'IMG <sup>2</sup>	Issues de grossesses non disponibles
Smith Lemli Opitz				
Maladies de surcharge lysosomales				
Cystinurie-lysinurie				

<sup>1</sup> Indiquez le nombre d'interruptions volontaires de grossesse pour motif médical (IMG) **en rapport avec** le diagnostic réalisé

<sup>2</sup> Indiquez le nombre d'interruptions volontaires de grossesse pour motif médical (IMG) **en rapport avec** le diagnostic réalisé (ex : IMG pour œdème, mais les variations métabolique négative ne doit pas figurer)

Si pas d'activité : notez 0 ou barrez la page ou les cases

## BIOCHIMIE FOETALE

### II. Hormonologie foetale

Diagnostics	Nombre de fœtus		Fœtus atteints	
	Etudiés <sup>1</sup>	Atteints	Nombre d'IMG <sup>2</sup>	Issues de grossesses non disponibles
Anomalie des organes génitaux ou discordance génotype-phénotype				
Anomalies du bilan thyroïdien				
Autre (en clair)				

### III. Dosages biochimiques

Type d'exploration	Nombre de prélèvements
Enzymes digestives	
Fonction rénale foetale	
Différenciation de poches (grossesse gémellaire)	
Pureté du sang foetal	
Liquides d'épanchement et œdème	
Bilan Hydramnios	
Autres (précisez)	

<sup>1</sup> Indiquez le nombre total de fœtus étudiés ; ne retenir **qu'un seul diagnostic** prénatal (DPN) par fœtus étudié

<sup>2</sup> Indiquez le nombre d'interruptions volontaires de grossesse pour motif médical (IMG) **en rapport avec** le diagnostic réalisé

Si pas d'activité : notez 0 ou barrez la page ou les cases

## BIOCHIMIE FOETALE

### IV. Dosage de l'Alpha-Foeto Protéine (AFP) du liquide amniotique

Indications <sup>1</sup>	Nombre de fœtus étudiés <sup>2</sup>	AFP ≥ 2,5 MoM <sup>3</sup>
AFP maternelle sérique ≥ 2,5 MoM		
Signes échographiques évoquant un défaut de fermeture du tube neural (DFTN)		
Autres signes échographiques (n'évoquant pas un défaut de fermeture du tube neural (DFTN))		
Antécédent de défaut de fermeture du tube neural (DFTN)		
Antécédent de syndrome néphrotique		
Dosages systématiques		
Indication Inconnue		

### V. Dosage ou électrophorèse des cholinestérases du liquide amniotique

Indications <sup>4</sup>	Nombre de fœtus étudiés <sup>5</sup>	Nombre de fœtus atteints <sup>6</sup>
AFP maternelle sérique ≥ 2,5 MoM		
Signes échographiques évoquant un défaut de fermeture du tube neural (DFTN)		
Autres signes échographiques (n'évoquant pas un défaut de fermeture du tube neural (DFTN))		
Antécédent de fermeture du tube neural (DFTN)		
Traitement maternel durant la grossesse (Valproate,...)		
Dosages systématiques		
Indication Inconnue		

<sup>1</sup> Les **dosages systématiques** sont ceux réalisés sans signe d'appel ou hors du cadre des pathologies citées dans le tableau, notamment ceux réalisés à l'occasion d'un caryotype fœtal

<sup>2</sup> Indiquez le nombre total de fœtus étudiés ; ne retenir **qu'un seul diagnostic** prénatal (DPN) par fœtus étudié

<sup>3</sup> Indiquez le nombre total de fœtus pour lesquels une valeur supérieure ou égal à 2,5 MoM a été retrouvée

<sup>4</sup> Pour l'indication (traitement maternel...), il s'agit des traitements réputés comme ayant une action délétère sur le système nerveux central de l'enfant.

Les **dosages systématiques** sont ceux réalisés sans signe d'appel ou hors du cadre des pathologies suscitées dans le tableau, notamment ceux réalisés à l'occasion d'un caryotype fœtal.

<sup>5</sup> Indiquez le nombre total de fœtus étudiés ; ne retenir **qu'un seul diagnostic** prénatal (DPN) par fœtus étudié

<sup>6</sup> Le nombre de fœtus atteints dans l'indication mentionnée correspond au nombre de fœtus pour lesquels la recherche ou le dosage d'ACE sont considérés pathologiques



Si pas d'activité : notez 0 ou barrez la page ou les cases

## BIOCHIMIE FOETALE

### HORS TERRITOIRE NATIONAL

#### (Laboratoires ayant une activité internationale régulière)

Remplir un dossier pour les examens dont les prélèvements ont eu lieu hors territoire national  
(Bilan hors territoire national)

#### I. Maladies héréditaires du métabolisme

##### I.1 Sur antécédent familial

Nombre total de fœtus étudiés	
Nombre total d'examens réalisés	
Nombre total de fœtus atteints	

##### I.2 Sur signe d'appel échographique

###### Signes d'appels

Nombre total de fœtus étudiés	
-------------------------------	--

###### Pathologies recherchées

Diagnostics		
	Nombre d'examens réalisés	Nombre de fœtus atteints
Smith Lemli Opitz		
Maladies de surcharge lysosomales		
Cystinurie-lysinurie		

Si pas d'activité : notez 0 ou barrez la page ou les cases

## BIOCHIMIE FOETALE

### II. Hormonologie fœtale

Diagnostics	Nombre de fœtus	
	Étudiés <sup>1</sup>	Atteints
Anomalie des organes génitaux ou discordance génotype-phénotype, Anomalies du bilan thyroïdien, etc.		

### III. Dosages biochimiques

Type d'exploration	Nombre de prélèvements
Enzymes digestives, Fonction rénale fœtale, Différenciation de poches (grossesse gémellaire), Pureté du sang fœtal, Liquides d'épanchement et œdème, Bilan Hydramnios, etc.	

<sup>1</sup> Indiquez le nombre total de fœtus étudiés ; ne retenir qu'un seul diagnostic prénatal (DPN) par fœtus étudié

Si pas d'activité : notez 0 ou barrez la page ou les cases

## BIOCHIMIE FOETALE

### IV. Dosage de l'Alpha-Foeto Protéine (AFP) du liquide amniotique

Indications	Nombre de fœtus étudiés <sup>1</sup>	AFP $\geq$ 2,5 MoM <sup>2</sup>
AFP maternelle sérique $\geq$ 2,5 MoM, Signes échographiques évoquant un défaut de fermeture du tube neural (DFTN), Antécédent de défaut de fermeture du tube neural (DFTN), Antécédent de syndrome néphrotique,...		

### V. Dosage ou électrophorèse des cholinestérases du liquide amniotique

Indications	Nombre de fœtus étudiés <sup>3</sup>	Nombre de fœtus atteints <sup>4</sup>
AFP maternelle sérique $\geq$ 2,5 MoM, Signes échographiques évoquant un défaut de fermeture du tube neural (DFTN), Antécédent de fermeture du tube neural (DFTN), Traitement maternel durant la grossesse (Valproate,...)...		

<sup>1</sup> Indiquez le nombre total de fœtus étudiés ; ne retenir **qu'un seul diagnostic** prénatal (DPN) par fœtus étudié

<sup>2</sup> Indiquez le nombre total de fœtus pour lesquels une valeur supérieure ou égal à 2,5 MoM a été retrouvée

<sup>3</sup> Indiquez le nombre total de fœtus étudiés ; ne retenir **qu'un seul diagnostic** prénatal (DPN) par fœtus étudié

<sup>4</sup> Le nombre de fœtus atteints dans l'indication mentionnée correspond au nombre de fœtus pour lesquels la recherche ou le dosage d'ACE sont considérés pathologiques

# MARQUEURS SERIQUES

---

## ETABLISSEMENT AUTORISE

Raison sociale :

Adresse :

Code postal :

Localité :

Région

Date d'autorisation : |\_|\_| / |\_|\_| / |\_|\_|\_|\_|

Date de visite de conformité positive : |\_|\_| / |\_|\_| / |\_|\_|\_|\_|

## SITE D'ACTIVITE

Raison sociale :

Adresse :

Code postal :

Localité :

## DEPARTEMENT, SERVICE OU UNITE FONCTIONNELLE REALISANT L'ACTIVITE

Nom du département, service ou U.F.:

Responsable (Titre, Nom, Prénom) :

Téléphone :

Fax :

Email :

# MARQUEURS SERIQUES

---

## **PRATICIEN(s) RESPONSABLE(s) DE L'ACTIVITE (2 maximum)**

Titre - Nom - Prénom :

Téléphone :

Fax :

E-mail :

Titre - Nom - Prénom :

Téléphone :

Fax :

E-mail :

## **PERSONNE-CONTACT CHARGÉE DE LA REDACTION DU RAA**

Nom-Prénom :

Fonction :

Département, service ou U.F. :

Téléphone :

E-mail :

# MARQUEURS SÉRIQUES

## **TERRITOIRE NATIONAL**

**Remplir un dossier pour les examens dont les prélèvements ont eu lieu sur le territoire national (Métropole et Départements et Territoires d'Outre-mer (DOM-TOM)) (Bilan national)**

### VI Dépistage des anomalies chromosomiques par marqueurs sériques

#### VI.1 Marqueurs sériques utilisés

Marqueurs du 1 <sup>er</sup> trimestre <sup>1</sup>	
Nb de tests PAPP-A	
Nb de tests $\beta$ -hCG	
Nb de tests « autres » :	

Marqueurs du 2 <sup>ème</sup> trimestre <sup>2</sup>	
Nb de tests d'AFP	
Nb de tests hCG	
Nb de tests $\beta$ -hCG	
Nb de tests oestriol	

#### VI.2 Tests combinés effectués au 1<sup>er</sup> trimestre

##### a) Résultats des tests (nuque < 3,5 mm)

Il s'agit des tests effectués au premier trimestre après calcul de risque réalisé avec les deux variables : marqueurs sériques du 1<sup>er</sup> trimestre et mesure de la clarté nucale du 1<sup>er</sup> trimestre

Age maternel	Nombre total de femmes testées <sup>3</sup>	Seuil de risque $\geq 1/250$ (nuque < 3,5 mm)			
		Nombre de femmes à risque <sup>4</sup>	Nombre de caryotypes effectués	Anomalies chromosomiques	
				Trisomie 21 <sup>5</sup>	Autres déséquilibrées <sup>6</sup>
$\leq 34$ ans					
35 – 37 ans					
$\geq 38$ ans					
<b>TOTAL</b>					

<sup>1</sup> Pour information, il s'agit du nombre de dosages réalisés avant la 14<sup>ème</sup> semaine d'aménorrhée (SA)

<sup>2</sup> Il s'agit du nombre de dosages réalisés entre 14 et 18 semaines d'aménorrhée (SA)

<sup>3</sup> Indiquez le nombre total de femmes par classe d'âge ayant eu un dosage de marqueurs sériques

<sup>4</sup> Indiquez le nombre total de femmes par classe d'âge pour lesquelles le seuil de risque était  $\geq 1/250$

<sup>5</sup> Indiquez le nombre de trisomies 21 identifiées dans le groupe des femmes ayant eu un prélèvement à visée diagnostique (amniocentèse, biopsie de trophoblaste...)

<sup>6</sup> Indiquez le nombre d'anomalies déséquilibrées (hors trisomie 21) identifiées dans le groupe des femmes à risque  $\geq 1/250$  et ayant eu un prélèvement à visée diagnostique (amniocentèse, biopsie de trophoblaste...)

# MARQUEURS SERIQUES

## b) Résultats des tests (nuque $\geq 3,5$ mm)

Age maternel	Nombre total de femmes testées <sup>1</sup>	Seuil de risque $\geq 1/250$ (nuque $\geq 3,5$ mm)			
		Nombre de femmes à risque <sup>2</sup>	Nombre de caryotypes effectués	Trisomie 21 <sup>3</sup>	Autres déséquilibrées <sup>4</sup>
$\leq 34$ ans					
35 – 37 ans					
$\geq 38$ ans					
<b>TOTAL</b>					

## c) Issues de grossesses

	Nombre de femmes à risque $\geq 1/250$ ayant accouché d'un enfant porteur de trisomie 21 (quelle que soit la mesure de la nuque)
$\leq 34$ ans	
35 – 37 ans	
$\geq 38$ ans	
<b>TOTAL</b>	

<sup>1</sup> Indiquez le nombre total de femmes par classe d'âge ayant eu un dosage de marqueurs sériques

<sup>2</sup> Indiquez le nombre total de femmes par classe d'âge pour lesquelles le seuil de risque était  $\geq 1/250$

<sup>3</sup> Indiquez le nombre de trisomies 21 identifiées dans le groupe des femmes ayant eu un prélèvement à visée diagnostique (amniocentèse, biopsie de trophoblaste...)

<sup>4</sup> Indiquez le nombre d'anomalies déséquilibrées (hors trisomie 21) identifiées dans le groupe des femmes à risque  $\geq 1/250$  et ayant eu un prélèvement à visée diagnostique (amniocentèse, biopsie de trophoblaste...)

# MARQUEURS SERIQUES

## VI.3 Tests séquentiels intégrés

Il s'agit des tests effectués après calcul de risque réalisé avec les deux variables : mesure de la clarté nucale du 1<sup>er</sup> trimestre et marqueurs sériques du 2<sup>ème</sup> trimestre.

Age maternel	Nombre total de femmes testées <sup>1</sup>	Seuil de risque $\geq 1/250$			
		Nombre de femmes à risque <sup>2</sup>	Nombre de caryotypes effectués	Anomalies chromosomiques	
				Trisomie 21 <sup>3</sup>	Autres déséquilibrées <sup>4</sup>
≤ 34 ans					
35 – 37 ans					
≥ 38 ans					
<b>TOTAL</b>					

	Nombre de femmes à risque $\geq 1/250$ ayant accouché d'un enfant porteur de trisomie 21
≤ 34 ans	
35 – 37 ans	
≥ 38 ans	
<b>TOTAL</b>	

<sup>1</sup> Indiquez le nombre total de femmes par classe d'âge ayant eu un dosage de marqueurs sériques

<sup>2</sup> Indiquez le nombre total de femmes par classe d'âge pour lesquelles le seuil de risque était  $\geq 1/250$

<sup>3</sup> Indiquez le nombre de trisomies 21 identifiées dans le groupe des femmes ayant eu un prélèvement à visée diagnostique (amniocentèse, biopsie de trophoblaste...)

<sup>4</sup> Indiquez le nombre d'anomalies déséquilibrées (hors trisomie 21) identifiées dans le groupe des femmes à risque  $\geq 1/250$  et ayant eu un prélèvement à visée diagnostique (amniocentèse, biopsie de trophoblaste...)



## MARQUEURS SÉRIQUES

### VI.4 Tests effectués au 2ème trimestre non combinés à la mesure de la clarté nucale (marqueurs sériques seuls)

Il s'agit des tests effectués au deuxième trimestre après calcul de risque réalisé uniquement par marqueurs sériques.

Age maternel	Nombre total de femmes testées <sup>1</sup>	Seuil de risque $\geq 1/250$			
		Nombre de femmes à risque <sup>2</sup>	Nombre de caryotypes effectués	Trisomie 21 <sup>3</sup>	Autres déséquilibrées <sup>4</sup>
≤ 34 ans					
35 – 37 ans					
≥ 38 ans					
<b>TOTAL</b>					

	Nombre de femmes à risque $\geq 1/250$ ayant accouché d'un enfant porteur de trisomie 21
≤ 34 ans	
35 – 37 ans	
≥ 38 ans	
<b>TOTAL</b>	

<sup>1</sup> Indiquez le nombre total de femmes par classe d'âge ayant eu un dosage de marqueurs sériques

<sup>2</sup> Indiquez le nombre total de femmes par classe d'âge pour lesquelles le seuil de risque était  $\geq 1/250$

<sup>3</sup> Indiquez le nombre de trisomies 21 identifiées dans le groupe des femmes ayant eu un prélèvement à visée diagnostique (amniocentèse, biopsie de trophoblaste...)

<sup>4</sup> Indiquez le nombre d'anomalies déséquilibrées (hors trisomie 21) identifiées dans le groupe des femmes à risque  $\geq 1/250$  et ayant eu un prélèvement à visée diagnostique (amniocentèse, biopsie de trophoblaste...)

## MARQUEURS SÉRIQUES

### VII Anomalies chromosomiques déséquilibrées diagnostiquées pour des femmes ayant eu des marqueurs sériques indiquant un risque $<1/250$

**Indiquer le nombre d'anomalies chromosomiques déséquilibrées retrouvées pour des femmes ayant eu des marqueurs sériques indiquant un risque  $<1/250$ .**

Précisez le nombre d'anomalies chromosomiques selon le type de test de dépistage

	Type de test de dépistage par marqueurs sérique		
	Test combiné du 1 <sup>er</sup> trimestre	Test séquentiel intégré	Test des marqueurs sériques du 2 <sup>ème</sup> trimestre
Trisomie 21			
Trisomie 18			
Trisomie 13			
Triploïdies			
Autres anomalies déséquilibrées			

# MARQUEURS SERIQUES

## VIII Autres dépistages effectués

*Il s'agit de dépistages provoqués par les marqueurs sériques maternels réalisés en routine, mais aussi de dépistages réalisés spécifiquement en raison d'antécédents ou à l'occasion d'autres dépistages ou en raison de signes d'appels spécifiques.*

Tests	Nombre de tests en dehors des normes	Pathologies observées	Nombre de cas par pathologies observées
AFP $\geq$ 2,5 MoM			
Oestriol $\leq$ 0,3 MoM			
Autres (en clair)			

**Δ Si vous utilisez un autre seuil d'alerte, merci de préciser lequel et d'indiquer vos résultats avec ce seuil**

## HORS TERRITOIRE NATIONAL

### (laboratoires ayant une activité internationale régulière)

**Remplir un dossier pour les examens dont les prélèvements ont eu lieu hors territoire national (Bilan hors territoire national)**

## **VI Dépistage des anomalies chromosomiques par marqueurs sériques**

### **VI.1 Tests combinés effectués au 1<sup>er</sup> trimestre**

#### **a) Résultats des tests (nuque < 3,5 mm)**

**Il s'agit des tests effectués au premier trimestre après calcul de risque réalisé avec les deux variables : marqueurs sériques du 1<sup>er</sup> trimestre et mesure de la clarté nucale du 1<sup>er</sup> trimestre**

Nombre total de femmes testées <sup>1</sup>	<input type="text"/>
Nombre total de femmes à risque <sup>2</sup> (Seuil de risque $\geq 1/250$ )	<input type="text"/>

#### **b) Résultats des tests (nuque $\geq 3,5$ mm)**

Nombre total de femmes testées <sup>1</sup>	<input type="text"/>
Nombre total de femmes à risque <sup>2</sup> (Seuil de risque $\geq 1/250$ )	<input type="text"/>

### **VI.2 Tests séquentiels intégrés**

**Il s'agit des tests effectués après calcul de risque réalisé avec les deux variables : mesure de la clarté nucale du 1<sup>er</sup> trimestre et marqueurs sériques du 2<sup>ème</sup> trimestre.**

Nombre total de femmes testées <sup>1</sup>	<input type="text"/>
Nombre total de femmes à risque <sup>2</sup> (Seuil de risque $\geq 1/250$ )	<input type="text"/>

### **VI.3 Tests effectués au 2<sup>ème</sup> trimestre non combinés à la mesure de la clarté nucale (marqueurs sériques seuls)**

**Il s'agit des tests effectués au deuxième trimestre après calcul de risque réalisé uniquement par marqueurs sériques.**

Nombre total de femmes testées <sup>1</sup>	<input type="text"/>
Nombre total de femmes à risque <sup>2</sup> (Seuil de risque $\geq 1/250$ )	<input type="text"/>

<sup>1</sup> Indiquez le nombre total de femmes par classe d'âge ayant eu un dosage de marqueurs sériques

<sup>2</sup> Indiquez le nombre total de femmes par classe d'âge pour lesquelles le seuil de risque était  $\geq 1/250$

# MARQUEURS SÉRIQUES

## VIII Autres dépistages effectués

*Il s'agit de dépistages provoqués par les marqueurs sériques maternels réalisés en routine, mais aussi de dépistages réalisés spécifiquement en raison d'antécédents ou à l'occasion d'autres dépistages ou en raison de signes d'appels spécifiques.*

Tests	Nombre de tests en dehors des normes
AFP $\geq$ 2,5 MoM	
Oestriol $<$ 0,3 MoM	
Autre :	
Autre :	
Autre :	
Autre :	
Autre :	

**Δ Si vous utilisez un autre seuil d'alerte, merci de préciser lequel et d'indiquer vos résultats avec ce seuil**