

# RAPPORT ANNUEL DES ACTIVITES DE DIAGNOSTIC PRENATAL MARQUEURS SERIQUES

**ANNEE : 2025**

**Code centre :**

**Nom de l'établissement :**

**FINESS :**

**Adresse :**

**Code postal :**

**Ville :**

## Table des matières

<b>TERRITOIRE NATIONAL</b> .....	<b>4</b>
<b>I. DEPISTAGE DES ANOMALIES CHROMOSOMIQUES PAR MARQUEURS SERIQUES</b> .....	<b>4</b>
1. MARQUEURS SERIQUES UTILISES .....	4
2. RESULTAT DES TESTS .....	4
<b>II. AUTRES DEPISTAGES EFFECTUES</b> .....	<b>5</b>
<b>HORS TERRITOIRE NATIONAL</b> .....	<b>6</b>
<b>III. DEPISTAGE DES ANOMALIES CHROMOSOMIQUES PAR MARQUEURS SERIQUES</b> .....	<b>6</b>

**ETABLISSEMENT AUTORISE**

Service :

Date de dernière autorisation :

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

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**

Nom :

Prénom :

Mail :

Téléphone :

Fax :

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

## TERRITOIRE NATIONAL

*Remplir un dossier pour les examens dont les prélèvements ont eu lieu sur le territoire national : la Métropole, ou Départements et/ou Régions d'Outre-mer (DROM : Martinique, Guadeloupe, Guyane, la Réunion, Mayotte) (Bilan national)*

### I. DEPISTAGE DES ANOMALIES CHROMOSOMIQUES PAR MARQUEURS SERIQUES

#### 1. Marqueurs sériques utilisés

Marqueurs du 2 <sup>e</sup> trimestre (nombre de dosage réalisés entre 14 et 18 semaines d'aménorrhée (SA))	
Nb de tests d'AFP	
Nb de tests hCG	
Nb de tests $\beta$ -hCG	
Nb de tests oestriol	

#### 2. Résultat des tests

Risque	Nombre total de femmes testées <sup>1</sup>			
	Tests combinés effectués au 1 <sup>er</sup> trimestre		Tests séquentiels intégrés	Tests effectués au 2 <sup>e</sup> trimestre <u>entre 14 et 18 SA</u> non combinés à la mesure de la clarté nucale (marqueurs sériques seuls)
	Nuque < 3,5 mm	Nuque $\geq$ 3,5 mm		
$\geq$ 1/50				
[1/250-1/51]				
[1/1000-1/251]				
$\leq$ 1/1001				
Total				

<sup>1</sup> Indiquez le nombre total de femmes ayant eu un dosage de marqueurs sériques

## II. AUTRES DEPISTAGES EFFECTUES

*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 AFP $\geq$ 2,5			
Oestriol $\leq$ 0,3 M			

**HORS TERRITOIRE NATIONAL**  
**(laboratoires ayant une activité internationale régulière)**

*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, St Martin, St Barthélémy)*

Avez-vous eu une activité internationale régulière de marqueurs sériques ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
--	---

**III. DEPISTAGE DES ANOMALIES CHROMOSOMIQUES PAR  
MARQUEURS SERIQUES**

	Nombre total de femmes testées			
	Tests combinés effectués au 1er trimestre		Tests séquentiels intégrés	Tests effectués au 2 <sup>e</sup> trimestre <u>entre 14 et 18 SA</u> non combinés à la mesure de la clarté nucale (marqueurs sériques seuls)
	Nuque < 3,5 mm	Nuque ≥ 3,5 mm		
<b>Collectivités d'outre-mer</b>				
<b>Pays étrangers</b>				