

A compléter par le CPDPN ou l'échographiste de 2^{ème} niveau

Malformation cérébrale détectée à l'échographie

MEDECIN OU ECHOGRAPHISTE SIGNALANT

NOM : Courriel : Téléphone :
Centre Hospitalier : Service :

MERE

NOM : Prénom : Date de naissance : __/__/____
COMMUNE DE DOMICILE : TELEPHONE :

MALFORMATION CEREBRALE

Date de la confirmation échographique CPDPN : __/__/____ Terme de la grossesse :SA

Microcéphalie (PC < 3DS) <input type="checkbox"/>	Anomalie* du thalamus <input type="checkbox"/>
Autre anomalie de la taille ou de la forme du crâne <input type="checkbox"/>	Anomalie du tronc cérébral <input type="checkbox"/>
Anomalie* du Septum lucidum <input type="checkbox"/>	Anomalie* du cervelet <input type="checkbox"/>
Anomalie* du Corps calleux <input type="checkbox"/>	Anomalie oculaire*** <input type="checkbox"/>
Holoprosencéphalie** <input type="checkbox"/>	Hypoplasie cérébrale <input type="checkbox"/>
Dilatation ventriculaire/hydrocéphalie <input type="checkbox"/>	Hydramnios <input type="checkbox"/>
Anomalie de la giration <input type="checkbox"/>	Autre anomalie, <u>cérébrale ou non</u> :
Calcifications <input type="checkbox"/>
Elargissement des espaces péricérébraux <input type="checkbox"/>
Anomalie* du vermis <input type="checkbox"/>

ANALYSES BIOLOGIQUES ZIKA oui non en cours

Chez la mère :

• PCR antérieure positive Date prélèvement __/__/____ Laboratoire d'analyse :

• Sérologie + séroneutralisation Date prélèvement __/__/2016 Résultat positif négatif

Labo d'analyse :

• Séroconversion par rapport à un ancien prélèvement oui non
Date de l'ancien prélèvement __/__/2016 Labo d'analyse :

Dans le liquide amniotique : PCR positive négative Date prélèvement __/__/2016

Caryotype fœtal normal anormal, préciser :

AUTRES DIAGNOSTICS BIOLOGIQUES CHEZ LA MERE oui non en cours

- **Syphilis** Date du dernier prélèvement : __/__/2016 positif négatif
- **Hépatite B** Date prélèvement : __/__/2016 AgHBs positif négatif ; AchBc positif négatif ; AchBc positif négatif
- **Hépatite C** Date du dernier prélèvement : __/__/2016 positif négatif
- **VIH** Date du dernier prélèvement : __/__/2016 positif négatif
- **Toxoplasmose** Date du dernier prélèvement : __/__/2016 Séroconversion pendant la grossesse : oui non
- **Rubéole** Date du dernier prélèvement : __/__/2016 Séroconversion pendant la grossesse : oui non
- **HTLV1-2** Date du dernier prélèvement : __/__/2016 positif négatif
- **Dengue** Date prélèvement : __/__/2016 IgM positifs NS1 positif RT-PCR positive analyse(s) négative(s)
- **Cytomégalovirus** Date du dernier prélèvement : __/__/2016 Séroconversion : oui non

*hypoplasie, agénésie partielle ou totale, dysgénésie ; **lobaire, semilobaire, alobaire ; ***cataracte, calcification intra-oculaire, hypoplasie