

## Recensement des défauts du tube neural (Neural Tube Defects, NTD)

**Inclus:** Les défauts classiques de fermeture du tube neural, évidents à la naissance (également si couverts d'une fine couche de peau) : myéloméningocèle, anencéphalie, encéphalocèle.

**Exclus:** Les dysraphies spinales avec épiderme et derme intacts (essentiellement lipoméningocèle, diastématomyélie, sinus dermal, etc...)

### Identification du patient:

**Sexe**

m / f

**date de naissance**

jour / mois / an

**Initiale du nom de famille**

### Données générales et anamnestiques concernant la grossesse

Nationalité du père

Nationalité de la mère

Année de naissance de la mère:

Établis en Suisse depuis

#### Anamnèse familiale concernant un NTD:

- ☐ positif  
☐ négatif  
☐ inconnu

#### Nombre de grossesses antérieures (évtl. arbre familial)

Gravida

Para

**Un NTD a-t-il été diagnostiqué lors d'une grossesse antérieure (menée à terme ou non):**

- ☐ oui  
☐ non  
☐ inconnu

**Données concernant une substitution par de l'acide folique:**

- ☐ pas de substitution
- ☐ inconnu
- ☐ a été substituée en période péri-conceptionnelle (selon recommandations de l'OFSP)

Si possible mentionner la date du début, la durée, le produit, le dosage:

**Examen prénatal:****Ultrason**

- ☐ Non
- ☐ Oui – à quelle(s) semaine(s) de la grossesse ?

**Alfa-foetoprotéine: a-t-elle été mesurée dans le sérum/plasma**

- ☐ Non
- ☐ Oui – normale ou augmentée ? Si possible donnez la valeur !

**Le NTD a-t-il été reconnu avant la naissance ?**

- ☐ Non
- ☐ Oui

Comment? Quand?

**Données sur le nouveau-né atteint d'un NTD:****Concernant le sujet avec NTD:**

- ☐ single
- ☐ jumeau (ou autre)
- ☐ naissance vivante
- ☐ mort-né

**Lieu de l'accouchement / évtl. clinique:**

**Sexe:**☐ garçon☐ fille**âge gestationnel :** semaines**Poids à la naissance:****grammes****Type d'accouchement:**☐ par voie basse☐ césarienne**Position prénatale**☐ céphalique☐ Siège☐ Autre (préciser)**Classification du NTD**☐ Anencéphalie☐ Encéphalocèle (localisation exacte: )☐ Myéloméningocèle (MMC classique, évidente)☐ autre (préciser)*Commentaire:*

**En cas de MMC, veuillez préciser la hauteur exacte :**

- ☐ cervicale
- ☐ thoracique
- ☐ lombaire
- ☐ lombo-sacrée

**Existe-t-il des indications suggérant des malformations associées, un syndrome particulier, une anomalie chromosomique (p. ex. un syndrome de Gruber-Meckel, une trisomie 18, etc.)?**

- ☐ non
- ☐ oui - préciser si possible:

**Ce questionnaire a été rempli par** *(veuillez préciser le nom, l'adresse exacte et le numéro de téléphone) :*

**Date:**

En vous remerciant vivement pour votre collaboration!

Veuillez adresser ce formulaire à **la personne affiliée à la SPSU dans votre clinique** ou directement aux responsables de l'étude

Les responsables de l'étude

PD Dr. A. Superti-Furga, Prof. E. Boltshauser  
SPSU NTD-Studie  
Universitäts-Kinderklinik  
Steinwiesstrasse 75  
8032 Zürich