

## Patientes concernées

Femmes enceintes après une AMP ayant une infection certaine ou possible au SARS-Cov-2, avec ou sans complications.

Peu d'informations scientifiques sont disponibles sur les grossesses débutantes chez des femmes ayant un Covid-19. L'objectif de ce questionnaire est de surveiller les cas de contamination pour décrire le parcours des femmes et identifier rapidement la survenue de complications qui pourraient sembler inhabituelles. Il est mis à disposition des professionnels des centres d'AMP. Il est une traduction du questionnaire proposé par l'ESHRE aux centres d'AMP. Un transfert des données sera proposé à l'ESHRE afin que les centres ne soient pas tenus de faire deux déclarations. Ces données, anonymes, ne pourront pas être croisées avec la base Gaïa de l'Agence, ni avec le PMSI, ni avec l'outil AMP Vigie. Les questionnaires identifient les centres déclarant. Une extraction nationale ou par centre pourrait être fournie en tant que de besoin.

## AMP- Vigilance

Dans certains cas, il est possible qu'un effet indésirable survienne et qu'il concerne également le champ de l'AMPVigilance, par exemple une thrombose au cours de la grossesse. Il devra être réalisé, en plus, une déclaration d'AMP vigilance. En effet, les deux bases ne pourront pas être croisées.

**Si vous rencontrer des difficultés vous pouvez envoyer un mail à**  
[pqd@biomedecine.fr](mailto:pqd@biomedecine.fr)

**Lien vers le questionnaire :** [Questionnaire](#)

**A la fin de la saisie imprimer le questionnaire pour garder une trace de l'URL  
(Bouton imprimé Page 3)**

**Adresse à utiliser pour revenir à ce questionnaire :**

**#URL(ID:417-t)#**

Une attention particulière doit être portée aux données de santé (données sensibles visées par l'article 9 du RGPD). Ces informations ne peuvent être, sauf exceptions, renseignées qu'avec le consentement exprès des personnes. En l'absence de ce dernier, il faut se limiter à l'usage de termes neutres et objectifs et ne pas utiliser de termes trop précis qui pourraient conduire à une identification directe de la personne concernée.

## Identification du centre \_\_\_\_\_

Département de résidence de la patiente |\_\_|\_\_|

Age de la patiente |\_\_|\_\_|

### 1 - Diagnostic d'infection par le SARS Cov2 confirmée par un test en laboratoire :

- Oui, RT-PCR
- Oui, Sérologie
- Non, mais forte suspicion d'infection COVID-19

### 2 - A quel stade de la grossesse la patiente a-t-elle eu des symptômes ou a-t-elle été testée ?

- Au moment de la tentative d'AMP (incluant 15 jours après le transfert d'embryons)
- Au 1<sup>er</sup> trimestre
- Au 2<sup>ème</sup> trimestre
- Au 3<sup>ème</sup> trimestre
- A l'accouchement

### 3 - Quels symptômes la patiente a-t-elle eus (plusieurs réponses possibles) ?

- Aucun symptôme
- Fièvre (>37.5°C)
- Toux
- Pneumopathie
- Anosmie
- Agueusie
- Symptômes gastro-intestinaux
- Autres symptômes respiratoires \_\_\_\_\_

### 4 - La patiente a-t-elle été hospitalisée ?

- Non
- Oui, en service traditionnel
- Oui, en unité de soins intensifs, avec oxygénothérapie
- Oui, en réanimation avec intubation et ventilation artificielle

Si hospitalisation, quelle a été la durée d'hospitalisation en jours ? \_\_\_\_\_

### 5 - Avez-vous connaissance de la prescription d'un traitement antiviral ?

- Je n'ai pas d'information
- Oui, préciser \_\_\_\_\_

### 6 - La patiente a-t-elle guéri ?

- Oui
- Non, décès de la patiente

### 7 - Quelle technique est à l'origine de la grossesse ?

- Stimulation simple
- Insémination artificielle – intraconjugale
- Insémination artificielle – don de spermatozoïdes
- FIV – intraconjugale
- ICSI – intraconjugale
- FIV/ICSI – don de spermatozoïdes
- FIV/ICSI – don d'ovocytes
- TEC – intraconjugal
- TEC – don de spermatozoïdes
- TEC – don d'ovocytes
- DPI
- Accueil d'embryons

### 8 - La patiente avait-elle des antécédents médicaux ou des comorbidités associées avant la grossesse ?

- Non
- Oui, préciser \_\_\_\_\_

### 9 - Y-a-t-il eu des complications pendant la grossesse ?

- Aucune
- FCS
- GEU
- Métrorragies abondantes
- Pré-éclampsie ou complications vasculaires
- Restriction de croissance in utero
- Autre : \_\_\_\_\_

### 10 – IMG avant 22SA ?

- Non
- Oui

### 11 - Age gestationnel à l'issue de la grossesse |\_\_|\_\_|

### 12 - Si accouchement, quel a été le mode d'accouchement ?

- Voie basse
- Césarienne en urgence
- Césarienne programmée

# Enquête COVID-19 Grossesses après AMP

	Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3
<b>Statut vital de l'enfant à la naissance ?</b>	<input type="checkbox"/> Vivant <input type="checkbox"/> Mort-né <input type="checkbox"/> IMG	<input type="checkbox"/> Vivant <input type="checkbox"/> Mort-né <input type="checkbox"/> IMG	<input type="checkbox"/> Vivant <input type="checkbox"/> Mort-né <input type="checkbox"/> IMG
<b>Complications néonatales ?</b>	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Symptômes Respiratoires <input type="checkbox"/> Fièvre <input type="checkbox"/> Autre, préciser _____	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Symptômes Respiratoires <input type="checkbox"/> Fièvre <input type="checkbox"/> Autre, préciser _____	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Symptômes Respiratoires <input type="checkbox"/> Fièvre <input type="checkbox"/> Autre, préciser _____
<b>Poids à la naissance ?</b>	<input type="checkbox"/> >=2500g <input type="checkbox"/> [1500-2500[ <input type="checkbox"/> [1500-1000[ <input type="checkbox"/> <=1000g	<input type="checkbox"/> >=2500g <input type="checkbox"/> [1500-2500[ <input type="checkbox"/> [1500-1000[ <input type="checkbox"/> <=1000g	<input type="checkbox"/> >=2500g <input type="checkbox"/> [1500-2500[ <input type="checkbox"/> [1500-1000[ <input type="checkbox"/> <=1000g
<b>Score APGAR à 1 min ?</b>	_____	_____	_____
<b>Score APGAR à 5 min ?</b>	_____	_____	_____
<b>Test COVID-19 effectué sur l'enfant ?</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>RT-PCR chez l'enfant ?</b>	<input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Non faite	<input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Non faite	<input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Non faite
<b>AC IgM chez l'enfant ?</b>	<input type="checkbox"/> Positifs <input type="checkbox"/> Négatifs <input type="checkbox"/> Non fait	<input type="checkbox"/> Positifs <input type="checkbox"/> Négatifs <input type="checkbox"/> Non fait	<input type="checkbox"/> Positifs <input type="checkbox"/> Négatifs <input type="checkbox"/> Non fait
<b>AC IgG chez l'enfant ?</b>	<input type="checkbox"/> Positifs <input type="checkbox"/> Négatifs <input type="checkbox"/> Non fait	<input type="checkbox"/> Positifs <input type="checkbox"/> Négatifs <input type="checkbox"/> Non fait	<input type="checkbox"/> Positifs <input type="checkbox"/> Négatifs <input type="checkbox"/> Non fait