

# Centre National de Référence Mycoses et Antifongiques

## INSTITUT PASTEUR



**Dr. Françoise Dromer** (directeur), **Pr. Olivier Lortholary** (adjoint)  
**Pr. Jean-Charles Gantier**, **Pr. Stéphane Bretagne** (collaborateurs)  
 25, rue du Dr. Roux, 75724 PARIS Cedex 15



Téléphone 01 45 68 83 54 ; Télécopie : 01 45 68 84 20 ; email : [cnrma@pasteur.fr](mailto:cnrma@pasteur.fr)

## SURVEILLANCE DES CRYPTOCOCCOSES

<b>SERVICE</b> (libellé): .....	<b>PATIENT</b> <b>NOM</b> <table><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table> <b>PRENOM</b> <table><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table> <b>Sexe</b> : <table><tr><td>F</td><td>M</td></tr></table> <b>Date de naissance</b> :    /    /							F	M
F		M							
<b>Clinicien/mycologue</b> : .....									
<b>Hôpital</b> : .....									
<b>VILLE</b> : .....									
Téléphone/télécopie/e-mail : .....									

### DIAGNOSTIC DE LA CRYPTOCOCCOSE    Date du diagnostic : ..... /...../.....

<b>Diagnostic établi par</b> :	<input type="checkbox"/> Isolement d'une souche	<b>Ancienneté des symptômes avant le diagnostic</b> (en semaines) : .....
	<input type="checkbox"/> Histologie /examen direct <input type="checkbox"/> Positivité de détection de l'antigène polysaccharidique titre sérum .....    Titre LCR	
<b>Rechute</b> : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <b>Date du précédent épisode</b> :		

### TERRAIN SOUS-JACENT

<b>Sérologie VIH</b> <input type="checkbox"/> positive <input type="checkbox"/> négative <input type="checkbox"/> non connue/ non faite		<b>CD4/mm3</b> : .....	<b>% CD4</b> : .....
<b>SI LA SEROLOGIE VIH EST POSITIVE</b> <b>Stade de l'infection VIH</b> <input type="checkbox"/> Découverte de l'infection VIH <input type="checkbox"/> Infection VIH connue <input type="checkbox"/> Stade SIDA connu <input type="checkbox"/> Information non disponible	<b>Mode de contamination VIH</b> <input type="checkbox"/> Homo/bisexuelle <input type="checkbox"/> Hétérosexuelle <input type="checkbox"/> Toxicomanie <input type="checkbox"/> Transfusion <input type="checkbox"/> Inconnu / autre	<b>Traitements anti-rétroviraux</b> <input type="checkbox"/> < 3 molécules <input type="checkbox"/> ≥ 3 molécules <input type="checkbox"/> Pas de traitement <input type="checkbox"/> Information non disponible	
<b>SI LA SEROLOGIE VIH EST NEGATIVE OU NON CONNUE</b>			
<b>Cancer / hémopathie</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>Transplantation organe</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>Autres pathologies à risque</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>Traitements favorisants</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<input type="checkbox"/> Lymphome <input type="checkbox"/> LLC <input type="checkbox"/> Autre hémopathie <input type="checkbox"/> Tumeur solide <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Info. non disponible	<input type="checkbox"/> Rein <input type="checkbox"/> Cœur <input type="checkbox"/> Poumon <input type="checkbox"/> Foie <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Info. non disponible	<input type="checkbox"/> Maladie inflam. systémique <input type="checkbox"/> Sarcoidose <input type="checkbox"/> Lymphocytopénie CD4 idiopath. <input type="checkbox"/> Pathol. respiratoire chronique <input type="checkbox"/> Infection HTLV1 <input type="checkbox"/> Autre pathologie	<input type="checkbox"/> Corticoïdes <input type="checkbox"/> Chimiothérapie <input type="checkbox"/> Immunosuppresseurs <input type="checkbox"/> Anti-TNF alpha <input type="checkbox"/> Autres
<b>CIRCONSTANCES PARTICULIERES</b> <input type="checkbox"/> Traumatisme cutané <input type="checkbox"/> Travail manuel <input type="checkbox"/> Contact fréquent pigeons/volailles <input type="checkbox"/> Tabagisme <input checked="" type="checkbox"/> <b>Aucun facteur favorisant ni circonstance particulière</b>		<b>CONTINENT DE NAISSANCE</b> <input type="checkbox"/> Europe <input type="checkbox"/> Afrique <input type="checkbox"/> Océanie <input type="checkbox"/> Amériques/Antilles <input type="checkbox"/> Information non disponible <input type="checkbox"/> Asie	
Précisions éventuelles :			

# CENTRE NATIONAL DE REFERENCE MYCOSES ET ANTIFONGIQUES

## SURVEILLANCE DES CRYPTOCOCCOSES (page 2)

**PATIENT : . . . .**

### LOCALISATIONS

Clinique	Détails	Culture mycologique	Examen direct/histologie
<b>Fièvre</b>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> NF	<input type="checkbox"/> POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> NF
<b>Thoracique</b>	<input type="checkbox"/> Pneumopathie interstitielle <input type="checkbox"/> Pneumopathie alvéolaire <input type="checkbox"/> Cavité <input type="checkbox"/> Adénopathies <input type="checkbox"/> Autres	<input type="checkbox"/> POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> NF	<input type="checkbox"/> POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> NF
<b>Système nerveux central</b>	<input type="checkbox"/> Déficit moteur <input type="checkbox"/> Déficit paire cranienne <input type="checkbox"/> Troubles de conscience <input type="checkbox"/> Méningite	<input type="checkbox"/> POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> NF	<input type="checkbox"/> POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> NF
<b>Urinaire</b>		<input type="checkbox"/> POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> NF	<input type="checkbox"/> POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> NF
<b>Peau / muqueuse</b>	<input type="checkbox"/> Lésions multiples <input type="checkbox"/> Lésion unique <input type="checkbox"/> Papule <input type="checkbox"/> Panaris/phlegmon des gaines <input type="checkbox"/> Cellulite.....	<input type="checkbox"/> POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> NF	<input type="checkbox"/> POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> NF
<b>Digestif</b>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> NF	<input type="checkbox"/> POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> NF
<b>Articulation /os</b>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> NF	<input type="checkbox"/> POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> NF
<b>Autres</b>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> NF	<input type="checkbox"/> POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> NF
<b>Nombre total de sites infectés</b> <i>(reflet de la dissémination)</i>		.....	<b>Date de la dernière culture positive</b> ...../...../.....

### TRAITEMENT ANTIFONGIQUE INITIAL *(durée > 48 H)*

<input type="checkbox"/> Amphotéricine B (AMB) déoxycholate <input type="checkbox"/> Dérivé lipidique d'AMB <input type="checkbox"/> 5 fluorocytosine <input type="checkbox"/> Fluconazole <input type="checkbox"/> Autre ..... <input type="checkbox"/> Pas de traitement
---

### DEVENIR 3 mois APRES LE DIAGNOSTIC

<input type="checkbox"/> Vivant <input type="checkbox"/> Décédé avant J15 <input type="checkbox"/> Décédé entre J15 et 3 mois <input type="checkbox"/> perdu de vue
--

### COMMENTAIRES EVENTUELS

.....
.....
.....
.....
.....