

# 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 MYCOSES EXOTIQUES

<b>SERVICE</b> (libellé): .....	<b>PATIENT</b> NOM <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table> PRENOM <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> Sexe : <table border="1"><tr><td><b>F</b></td><td><b>M</b></td></tr></table> Date de naissance :    /    /						<b>F</b>	<b>M</b>
<b>F</b>		<b>M</b>						
<b>Clinicien/mycologue</b> : .....								
Hôpital : .....								
<b>VILLE</b> : .....								
Téléphone/télécopie/e-mail : .....								

### DIAGNOSTIC DE L'INFECTION    Date du diagnostic : ...../...../.....

<b>Diagnostic établi par :</b>	<input type="checkbox"/> Isolement d'une souche	<input type="checkbox"/> Blastomycose	<input type="checkbox"/> Lobomycose
	<input type="checkbox"/> Histologie /examen direct	<input type="checkbox"/> Chromomycose	<input type="checkbox"/> Mycétome
<input type="checkbox"/> Sérologie	<input type="checkbox"/> Coccidioidomycose	<input type="checkbox"/> Paracoccidioidomycose	
	<input type="checkbox"/> Histoplasmosse <i>H. capsulatum</i>	<input type="checkbox"/> Pénicilliose <i>marneffei</i>	
	<input type="checkbox"/> Histoplasmosse <i>H. duboisii</i>	<input type="checkbox"/> Sporotrichose	
<b>Ancienneté des symptômes avant le diagnostic</b> (en semaines) : .....		<b>Genre et espèce identifiés</b> : .....	
<b>Rechute</b> : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>Souche envoyée</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>Sérum envoyé</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
<b>Date du précédent épisode</b> : .....			

### ZONE D'ENDEMIIE FREQUENTEE

<b>Continent</b> (cocher plusieurs cases si nécessaire) <input type="checkbox"/> Afrique <input type="checkbox"/> Océanie <input type="checkbox"/> Amériques/Antilles <input type="checkbox"/> Aucun voyage connu <input type="checkbox"/> Asie	<b>Type de séjour</b> <input type="checkbox"/> Résidence (>3 mois) <input type="checkbox"/> Voyage	<b>Date de retour du dernier séjour</b> <input type="checkbox"/> < 1 mois <input type="checkbox"/> 1 – 10 ans <input type="checkbox"/> 1 mois – 1 an <input type="checkbox"/> > 10 ans <input type="checkbox"/> Information non disponible
Précisions éventuelles :		

### 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>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> <input type="checkbox"/> transplantation d'organes <input type="checkbox"/> Infection HTLV1 <input type="checkbox"/> Cancer <input type="checkbox"/> Autre facteurs <input type="checkbox"/> Hémopathie <input type="checkbox"/> Aucun facteur favorisant connu		
<b>CIRCONSTANCES PARTICULIERES</b> <input type="checkbox"/> Cas groupés <input type="checkbox"/> Effraction cutanée <input type="checkbox"/> Visites de sites potentiellement contaminés <input type="checkbox"/> Piqûre/souillure par végétal <input type="checkbox"/> Contact avec chauve-souris		
Précisions éventuelles :		

Ne pas oublier la suite du questionnaire page 2 .....

### 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"/> 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>Peau / muqueuse</b>	<input type="checkbox"/> Ulcérations muqueuses / ORL <input type="checkbox"/> papules <input type="checkbox"/> ulcérations cutanées <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>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> (reflet de la dissémination)		.....	

### TRAITEMENT ANTIFONGIQUE INITIAL (prescrit pour une 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"/> Caspofungine <input type="checkbox"/> Autre ..... <input type="checkbox"/> Pas de traitement	<input type="checkbox"/> Itraconazole <input type="checkbox"/> Fluconazole <input type="checkbox"/> Voriconazole
--	--

### DEVENIR 3 mois APRES LE DIAGNOSTIC

<input type="checkbox"/> Vivant <input type="checkbox"/> Perdu de vue	<input type="checkbox"/> Décédé <input type="checkbox"/> Information non disponible
--	--

### COMMENTAIRES EVENTUELS

.....

.....

.....

.....

.....

.....