



SURVEILLANCE DES MYCOSES EXOTIQUES 2008

SERVICE (libellé):

Clinicien/mycologue :

Hôpital :

VILLE :

Téléphone/télécopie/e-mail :

PATIENT

NOM

PRENOM

Sexe :

☐ M ☐ F

Date de naissance : / /

DIAGNOSTIC DE L'INFECTION Date du diagnostic : / /

Diagnostic établi par :	<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"/> PCR	<input type="checkbox"/> Histoplasmose <i>H. capsulatum</i>	<input type="checkbox"/> Pénicilliose <i>marneffeii</i>	
<input type="checkbox"/> Galactomannane (index =)	<input type="checkbox"/> Histoplasmose <i>H. duboisii</i>	<input type="checkbox"/> Sporotrichose	
Ancienneté des symptômes avant le diagnostic (en semaines) :		Genre et espèce identifiés :	
Rechute : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		Souche envoyée <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Sérum envoyé <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Date du précédent épisode :			

ZONE D'ENDEMIIE FREQUENTEE

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

TERRAIN SOUS-JACENT

Sérologie VIH	CD4/mm3 :	% CD4 :
<input type="checkbox"/> positive <input type="checkbox"/> négative <input type="checkbox"/> non connue/ non faite		
SI LA SEROLOGIE VIH EST POSITIVE	Traitements anti-rétroviraux	
Stade de l'infection VIH		
<input type="checkbox"/> Découverte de l'infection VIH <input type="checkbox"/> Infection VIH connue	<input type="checkbox"/> < 3 molécules <input type="checkbox"/> ≥ 3 molécules	
<input type="checkbox"/> Stade SIDA connu <input type="checkbox"/> information non disponible	<input type="checkbox"/> pas de traitement <input type="checkbox"/> information non disponible	
SI LA SEROLOGIE VIH EST NEGATIVE OU NON CONNUE		
<input type="checkbox"/> transplantation d'organes <input type="checkbox"/> cancer <input type="checkbox"/> hémopathie <input type="checkbox"/> Infection HTLV1		
<input type="checkbox"/> Autre facteurs <input type="checkbox"/> Aucun facteur favorisant connu		
CIRCONSTANCES PARTICULIERES		
<input type="checkbox"/> Cas groupés <input type="checkbox"/> Effraction cutanée <input type="checkbox"/> Piqûre/souillure par végétal		
<input type="checkbox"/> Visites de sites potentiellement contaminés <input type="checkbox"/> Contact avec chauve-souris		
Précisions éventuelles :		

Ne pas oublier la suite du questionnaire page 2

CENTRE NATIONAL DE REFERENCE MYCOSES ET ANTIFONGIQUES
MYCOSES EXOTIQUES (page 2)

LOCALISATIONS

Clinique	Détails	Culture mycologique	Examen direct/histologie
Fièvre	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Hémoculture/moelle <input type="checkbox"/> POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> NF	Moelle / couche leucocytaire <input type="checkbox"/> POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> NF
Thoracique	<input type="checkbox"/> pnp interstitielle <input type="checkbox"/> alvéol. <input type="checkbox"/> cavité <input type="checkbox"/> adénopathies	<input type="checkbox"/> POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> NF	<input type="checkbox"/> POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> NF
Système nerveux central	<input type="checkbox"/> Déficit moteur <input type="checkbox"/> Tr. 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
Peau / muqueuse	<input type="checkbox"/> Ulcérations muqueuses / ORL <input type="checkbox"/> papules <input type="checkbox"/> ulcér. 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
Digestif	<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
Articulation /os	<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
Autres	<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
Nombre total de sites infectés (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"/> Décédé	<input type="checkbox"/> Perdu de vue	<input type="checkbox"/> Information non disponible
---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------------	---

COMMENTAIRES EVENTUELS

.....

.....

.....

.....