

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

SURVEILLANCE DES MYCOSES RARES

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

DIAGNOSTIC DE L'INFECTION FONGIQUE Date du diagnostic : / /

Diagnostic établi par :	<input type="checkbox"/> Isolement d'une souche <input type="checkbox"/> Histologie /examen direct	Ancienneté des symptômes avant le diagnostic (en semaines) :
Infection rare par le pathogène <input type="checkbox"/> zygomycète <input type="checkbox"/> <i>Fusarium</i> sp. <input type="checkbox"/> <i>Scedosporium</i> sp. <input type="checkbox"/> Autre		
Infection rare par la localisation <input type="checkbox"/> Infection de l'œil <input type="checkbox"/> Infection du système nerveux central <input type="checkbox"/> Autre localisation		
Genre(s) et espèce(s) isolé(s) :	

TERRAIN SOUS-JACENT

Sérologie VIH <input type="checkbox"/> positive <input type="checkbox"/> négative <input type="checkbox"/> non connue/ non faite	CD4/mm3 :	% CD4 :
SI LA SEROLOGIE VIH EST POSITIVE Stade de l'infection VIH <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		
Traitements anti-rétroviraux <input type="checkbox"/> < 3 molécules <input type="checkbox"/> ≥ 3 molécules <input type="checkbox"/> Pas de traitement <input type="checkbox"/> Info. non disponible		

SI LA SEROLOGIE VIH EST NEGATIVE OU NON CONNUE

Chirurgie récente <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Cancer / hémopathie <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Transplantation <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Traitements favorisants <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<input type="checkbox"/> Digestive <input type="checkbox"/> Vasculaire – cardiaque <input type="checkbox"/> Orthopédie <input type="checkbox"/> Neurochirurgie <input type="checkbox"/> Info. non disponible	<input type="checkbox"/> Digestif <input type="checkbox"/> ORL <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> info. non dispon.	<input type="checkbox"/> leucémie aiguë <input type="checkbox"/> lymphome <input type="checkbox"/> autre <input type="checkbox"/> info. non dispon.	<input type="checkbox"/> Rein <input type="checkbox"/> Foie <input type="checkbox"/> Cœur <input type="checkbox"/> Poumon <input type="checkbox"/> Cornée <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Info. non disponible
Autres facteurs de risque <input type="checkbox"/> Déficit immunitaire congénital <input type="checkbox"/> Neutropénie (< 1000/mm ³) <input type="checkbox"/> Allogreffe de moelle/CSP <input type="checkbox"/> Autogreffe de moelle/CSP <input type="checkbox"/> GVH <input type="checkbox"/> Lymphocytopénie CD4 idiopathique <input type="checkbox"/> Diabète ID/NID <input type="checkbox"/> Acidocétose <input type="checkbox"/> Mucoviscidose <input type="checkbox"/> Autre pathologie respiratoire pré-exist. <input type="checkbox"/> Autre		Circonstances particulières <input type="checkbox"/> Polytraumatisme <input type="checkbox"/> Traumatisme avec végétal <input type="checkbox"/> Souillure de plaie (terre, débris ...) <input type="checkbox"/> Brûlures étendues <input type="checkbox"/> Cathéter intravasculaire <input type="checkbox"/> Prothèse – matériel étranger <input type="checkbox"/> Toxicomanie i.v. <input type="checkbox"/> Port de lentilles de contact <input type="checkbox"/> Voyage/séjour en zone tropicale <input type="checkbox"/> Cas groupés <input type="checkbox"/> Noyade	
		Traitement antifongique <u>ANTERIEUR</u> de plus de 30 jours <u>A DOSE EFFICACE</u> <input type="checkbox"/> Amphotéricine B (lipidique ou non) <input type="checkbox"/> Fluconazole <input type="checkbox"/> Itraconazole <input type="checkbox"/> Voriconazole <input type="checkbox"/> Caspofungine <input type="checkbox"/> Autre	

LOCALISATIONS

Clinique	Détails	Culture mycologique	Examen direct/histologie
Fièvre	<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
Thoracique	<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
ORL	<input type="checkbox"/> Sinusite <input type="checkbox"/> Mastoïdite <input type="checkbox"/> Ulcérations muqueuses/ORL <input type="checkbox"/> Destruction osseuse	<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"/> Troubles de conscience <input type="checkbox"/> Méningite <input type="checkbox"/> Abscès cérébral	<input type="checkbox"/> POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> NF	<input type="checkbox"/> POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> NF
Cardiaque	<input type="checkbox"/> Endocardite	<input type="checkbox"/> POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> NF	<input type="checkbox"/> POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> NF
Oculaire	<input type="checkbox"/> Kératite <input type="checkbox"/> Endophtalmie <input type="checkbox"/> Autre	<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"/> lésions multiples <input type="checkbox"/> Lésion unique <input type="checkbox"/> Papule <input type="checkbox"/> Cellulite <input type="checkbox"/> Abscès	<input type="checkbox"/> POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> NF	<input type="checkbox"/> POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> NF
Abdominale	<input type="checkbox"/> Péritonite <input type="checkbox"/> Ulcérations digestives <input type="checkbox"/> Abscès hépatiques / spléniques	<input type="checkbox"/> POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> NF	<input type="checkbox"/> POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> NF
Ostéo-Articulaire	<input type="checkbox"/> Arthrite <input type="checkbox"/> Ostéite	<input type="checkbox"/> POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> NF	<input type="checkbox"/> POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> NF
Urinaire	<input type="checkbox"/> Abscès rénal <input type="checkbox"/> Autre	<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 <i>(reflet de la dissémination)</i>		

TRAITEMENT ANTIFONGIQUE INITIAL <i>(prescrits pour une durée > 48 heures)</i> <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"/> Itraconazole <input type="checkbox"/> Voriconazole <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Pas de traitement	EXERERE CHIRURGICALE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	TRAITEMENT ANTIFONGIQUE LOCAL <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
---	--	---

DEVENIR 3 mois APRES LE DIAGNOSTIC

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

COMMENTAIRES EVENTUELS

.....

.....

Ne pas oublier la suite du questionnaire page 2