

Centre National de Référence Mycoses Invasives et Antifongiques INSTITUT PASTEUR



Pr. Françoise Dromer (directeur)
Pr. Olivier Lortholary et Pr. Stéphane Bretagne (adjoints) – Dr. Alexandre Alanio (collaborateur)

28, 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 EXOTIQUES

SERVICE (libellé): _____ Clinicien/mycologue : _____ Hôpital : _____ VILLE : _____ Téléphone/télécopie/e-mail : _____	PATIENT NOM <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> PRENOM <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> Sexe : <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px;"><tr><td><input type="checkbox"/> M</td><td><input type="checkbox"/> F</td></tr></table> Date de naissance : / /							<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F
<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F								

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

Diagnostic établi par :	<input type="checkbox"/> Isolement d'une souche <input type="checkbox"/> Histologie /examen direct <input type="checkbox"/> Sérologie <input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> Galactomannane (index =)	<input type="checkbox"/> Blastomycose <input type="checkbox"/> Chromomycose <input type="checkbox"/> Coccidioidomycose <input type="checkbox"/> Histoplasmose <i>H. capsulatum</i> <input type="checkbox"/> Histoplasmose <i>H. duboisii</i>	<input type="checkbox"/> Lobomycose <input type="checkbox"/> Mycétome <input type="checkbox"/> Paracoccidioidomycose <input type="checkbox"/> Pénicilliose <i>marneffeii</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 Date du précédent épisode :		Souche envoyée <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Sérum envoyé <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

ZONE D'ENDEMIE FREQUENTEE

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

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"/> 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"/> Itraconazole
<input type="checkbox"/> Dérivé lipidique d'AMB	<input type="checkbox"/> Fluconazole
<input type="checkbox"/> 5 fluorocytosine	<input type="checkbox"/> Voriconazole
<input type="checkbox"/> Caspofungine	
<input type="checkbox"/> Autre	
<input type="checkbox"/> Pas de traitement	

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
