

Fiche de déclaration Infections Fongiques Invasives SINFONI

Centre collaborateur :

Médecin déclarant :

Hôpital :

Secteur d'hospitalisation le jour du prélèvement : ☐ médecine ☐ chirurgie ☐ réanimation

Si patient en Réa → ☐ Covid récent (<30j)

→ ☐ Grippe récente (<30j)

3 premières lettres du Nom	1 ^{ère} lettre du Prénom	Date de naissance	Sexe
----------------------------	-----------------------------------	-------------------	------

Motif Hospitalisation (facultatif).....

Facteur favorisant de cet épisode d'IFI (plusieurs choix possibles si plusieurs facteurs majeurs) :

1/Facteur d'immunodépression

- ☐ Hémopathie maligne
- Type d'hémopathie : Lymphome ☐ LAM ☐ LAL ☐ Syndrome myélodysplasique ☐ LLC ☐ Myélome ☐
 - Anticorps bispecifiques anti BCMA-anti CD3 (Elranatamab-Teclistamab) ☐ oui ☐ non
 - Autre hémopathie ☐ préciser
 - Allogreffe ☐ Autogreffe ☐ Pas de greffe ☐
 - Neutropénie <500/mm³ (dans le mois précédent) ☐ oui ☐ non
- ☐ Transplantation organe
- Rein ☐ Poumon ☐ Foie ☐ Cœur ☐ Pancréas ☐ Grêle ☐
- ☐ Tumeur solide en cours de traitement
- ☐ Déficit immunitaire primitif connu ☐ Allogreffé
- ☐ Maladie de système
- Type de maladie de système ; ☐ Polyarthrite rhumatoïde ☐ Sarcoidose ☐ Vascularite ☐ Lupus ☐ Dermatomyosite. ☐ Sclérodémie ☐ Gougerot-Sjögren ☐ Autre
 - Anti-TNFα ☐ oui ☐ non
- ☐ Maladie inflammatoire chronique de l'intestin (Crohn, RCH)
- Anti-TNFα ☐ oui ☐ non
- ☐ Diabète
- ☐ Cirrhose
- ☐ Sérologie VIH positive
- ☐ Autre : Préciser
- ☐ Aucun facteur d'immunodépression

2/Autre facteur favorisant

- ☐ Chirurgie récente (< 1 mois) (hors chirurgie à visée diagnostique ou chirurgie curative de l'IFI)
- Type de chirurgie : ☐ Cardiovasculaire ☐ Neurochirurgie ☐ Thoracique ☐ Orthopédique ☐ Uro-abdo-pelvienne ☐ Autre :
- ☐ Traumatisme
- ☐ Brûlures étendues (>30%)
- ☐ Autre : Préciser

3/Traitement favorisant la survenue d'une IFI

- ☐ Corticothérapie ☐ CAR-Tcells ☐ Ibrutinib ☐ Acalabrutinib ☐ Fingolimod ☐ Autre : préciser :

Pas de facteur favorisant connu ☐

Fiche de déclaration Infections Fongiques Invasives SINFONI

Diagnostic

- Type d'infection fongique

Fongémie à levure (hors crypto)	Aspergillose invasive
Candidose profonde	Mucormycose
Cryptococcose	Scedosporiose
Pneumocystose	Phaeohyphomycose
Fusariose	Autre pathogène :
Mycose exotique ☐ ☐ Histoplasmose ☐ Coccidioidomycose ☐ Paracoccidioidomycose ☐ Chromomycose ☐ Mycétome ☐ Sporotrichose ☐ Talaromycose ☐ Blastomycose ☐ Emergomycose →Continent de naissance et voyages :	

- Date de diagnostic/...../.....(Date du 1er prélèvement mycologique positif incluant les biomarqueurs)

- Niveau de preuve de l'infection :

- ☐ Prouvée
☐ Probable
☐ Diagnostic par PCR seule pour Mucorales, Fusarium, Histoplasma, cocci

- Co infection fongique* ☐ Oui ☐ Non

Diagnostic de la co-infection :

.....

**Merci de déclarer la co-infection sur une autre fiche svp.*

Localisation IFI

Hémoculture positive	Cérébrale
Pulmonaire	Méningée
ORL ☐ Sinus ☐ Oreille	Moelle osseuse
Cutanée	Digestive
Ganglionnaire	Hépatique ☐ Splénique ☐
Rénale	Médiastin (médiastinite)
Oculaire (endophtalmie)	Autre (à préciser)
Ostéoarticulaire sur prothèse ? ☐ Oui ☐ Non ☐ NSP	
Cardiaque sur prothèse ? ☐ Oui ☐ Non ☐ NSP	
Vasculaire sur prothèse ? ☐ Oui ☐ Non ☐ NSP	

Commentaires

Fiche de déclaration Infections Fongiques Invasives SINFONI

DIAGNOSTIC MYCOLOGIQUE (cocher les résultats positifs)

		Sang (Hémoculture) Sérum	Respiratoire haut (ECBC...)	LBA	Aspiration bronchique ou trachéale	LCS	Autre Site 1 :	Autre Site 2 :
Examen direct								
Culture								
Anapath								
Beta D glucanes (*)								
GM aspergillaire(**) Titre								
TDR aspergillaire								
Ag crypto(***)								
PCR spécifique								
	PCR <i>Aspergillus</i> spp							
	PCR <i>Aspergillus</i> <i>fumigatus</i>							
	PCR <i>Rhizomucor</i>							
	PCR <i>Lichtheimia</i>							
	PCR <i>Mucor/Rhizopus</i>							
	PCR <i>Fusarium</i>							
	PCR <i>Pneumocystis</i>							
	PCR <i>Histoplasma</i>							
	PCR <i>Coccidioides</i>							
	PCR <i>Candida</i> spp							
	PCR <i>Candida</i> <i>auris</i>							
	PCR autre							
PCR panfongique Préciser 18S/ITS/autre								

Pathogène identifiée par la PCR panfongique : _____

(*) Si diagnostic de Pneumocystose → Beta D glucanes ☐ non recherché ☐ négatif

→ PCR pneumocystis ☐ non recherchée ☐ négative

(**) Si diagnostic d'Aspergillose → GM aspergillaire sérum ☐ non recherché ☐ négatif

→ GM aspergillaire LBA ☐ non recherché ☐ négatif

(***) Si diagnostic de Cryptococcose → Ag crypto sérum ☐ non recherché ☐ négatif

→ Ag crypto LCS ☐ non recherché ☐ négatif

Fiche de déclaration Infections Fongiques Invasives SINFONI

Information sur la/les souche(s) isolée(s)*

Si une souche de même espèce avec le même profil de sensibilité est isolée sur plusieurs prélèvements, n'envoyer au CNR qu'un seul isolat.

	CC-CNRMA
Genre /espèce de la souche isolée	
Site de prélèvement	
Date de prélèvement	
Référence de la souche	
CMI	☐ Etest ☐ Sensititre ☐ Vitek ☐ non faites
Amphotéricine B	
5 Fluorocytosine	
Fluconazole	
Itraconazole	
Voriconazole	
Posaconazole	
Isavuconazole	
Caspofungine	
Micafungine	
Anidulafungine	
Terbinafine	
Olorofim	
Moyen d'identification de la souche	☐ Caractérisation morphologique ☐ Maldi-ToF ☐ Séquençage
Souche morte (ou non conservée)	☐ oui ☐ non

Traitement antifongique :

- Préexposition antifongique ☐ Oui ☐ Non ☐ NSP
 (≥ 5 j dans le mois précédent les 1ers symptômes clinico- radio biologiques)
 Prophylaxie ☐ Oui ☐ Non ☐

- | | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---|---|
| ☐ Fluconazole | ☐ Voriconazole | ☐ Posaconazole | ☐ Itraconazole | ☐ Isavuconazole. |
| ☐ Caspofungine | ☐ Micafungine | ☐ Rezafungine | ☐ Anidulafungine | |
| ☐ AmB-L | ☐ Flucytosine | ☐ Olorofim | | |

- Traitement antifongique curatif de première ligne ☐ Oui ☐ Non
 (cocher plusieurs antifongiques s'ils sont reçus simultanément au moins 48h)

- | | | | | |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|---|---|
| ☐ Fluconazole | ☐ Voriconazole | ☐ Posaconazole | ☐ Itraconazole | ☐ Isavuconazole. |
| ☐ Caspofungine | ☐ Micafungine | ☐ Rezafungine | ☐ Anidulafungine | |
| ☐ AmB-L | ☐ Flucytosine | ☐ Olorofim | ☐ Terbinafine | |
| ☐ Cotrimoxazole | ☐ Atovaquone | | | |

Raison de l'absence de traitement antifongique ☐ Patient décédé au moment du rendu du diagnostic
☐ Limitation des soins
☐ Traitement chirurgical seul

Devenir du patient à 3 mois :

- ☐ vivant à 3 mois ☐ perdu de vue ☐ décédé
☐ Date de décès :