

Fiche de déclaration Infections Fongiques Invasives SINFONI**Centre collaborateur :****Médecin déclarant :****Hôpital :**Secteur d'hospitalisation le jour du prélèvement : médecine chirurgie réanimationSi 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 Sarcoïdose Vascularite Lupus
Dermatomyosite. Sclérodermie Gougerot-Sjögren Autre
 - Anti-TNF α oui non
- Maladie inflammatoire chronique de l'intestin (Crohn, RCH)
 - Anti-TNF α 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/Traitements 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 <input type="checkbox"/> Histoplasmose <input type="checkbox"/> Coccidioidomycose <input type="checkbox"/> Paracoccidioidomycose <input type="checkbox"/> Chromomycose <input type="checkbox"/> Mycétoème <input type="checkbox"/> Sporotrichose <input type="checkbox"/> Talaromycose <input type="checkbox"/> Blastomycose <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Sinus <input type="checkbox"/> Oreille	Moelle osseuse
Cutanée	Digestive
Ganglionnaire	Hépatique <input type="checkbox"/> Splénique <input type="checkbox"/>
Rénale	Médiastin (médiastinite)
Oculaire (endophtalmie)	Autre (à préciser)
Ostéoarticulaire	sur prothèse ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP
Cardiaque	sur prothèse ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP
Vasculaire	sur prothèse ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP

Commentaires

Fiche de déclaration Infections Fongiques Invasives SINFONI

DIAGNOSTIC MYCOLOGIQUE (cocher les résultats positifs)

Pathogène identifié 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

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	<input type="checkbox"/> Etest <input type="checkbox"/> Sensititre <input type="checkbox"/> Vitek <input type="checkbox"/> non faites
Amphotéricine B	
5 Fluorocytosine	
Fluconazole	
Itraconazole	
Voriconazole	
Posaconazole	
Isavuconazole	
Caspofungine	
Micafungine	
Anidulafungine	
Terbinafine	
Olorofim	
Moyen d'identification de la souche	<input type="checkbox"/> Caractérisation morphologique <input type="checkbox"/> Maldi-ToF <input type="checkbox"/> Séquençage
Souche morte (ou non conservée)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Traitement antifongique :

- Préexposition antifongique Oui Non NSP

(≥ 5 j dans le mois précédent les 1ers symptômes clinico- radio biologiques)

Prophylaxie Oui Non

- | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Fluconazole | <input type="checkbox"/> Voriconazole | <input type="checkbox"/> Posaconazole | <input type="checkbox"/> Itraconazole |
| <input type="checkbox"/> Caspofungine | <input type="checkbox"/> Micafungine | <input type="checkbox"/> Rezafungine | <input type="checkbox"/> Anidulafungine |
| <input type="checkbox"/> AmB-L | <input type="checkbox"/> Flucytosine | <input type="checkbox"/> Olorofim | <input type="checkbox"/> Isavuconazole. |

- Traitement antifongique curatif de première ligne Oui Non

(Cocher plusieurs antifongiques s'ils sont reçus simultanément au moins 48h)

- | | | | |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Fluconazole | <input type="checkbox"/> Voriconazole | <input type="checkbox"/> Posaconazole | <input type="checkbox"/> Itraconazole |
| <input type="checkbox"/> Caspofungine | <input type="checkbox"/> Micafungine | <input type="checkbox"/> Rezafungine | <input type="checkbox"/> Anidulafungine |
| <input type="checkbox"/> AmB-L | <input type="checkbox"/> Flucytosine | <input type="checkbox"/> Olorofim | <input type="checkbox"/> Terbinafine |
| <input type="checkbox"/> Cotrimoxazole | <input type="checkbox"/> Atovaquone | | <input type="checkbox"/> Isavuconazole. |

Raison de l'absence de traitement antifongique Patient décédé au moment du rendu du diagnostic

Limitation des soins

Traitement chirurgical seul

Evolution atypique :

- Fongémie persistante ≥ 5 jours après le début du traitement antifongique curatif oui non
- Apparition d'un nouveau profil de sensibilité oui non

Devenir du patient à 3 mois :

Vivant à 3 mois Perdu de vue Décédé

Date de décès :