

**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 <sup>ère</sup> 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/mm<sup>3</sup> (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  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"/> <input type="checkbox"/> Histoplasmose <input type="checkbox"/> Coccidioïdomycose <input type="checkbox"/> Paracoccidioïdomycose <input type="checkbox"/> Chromomycose <input type="checkbox"/> Mycétome <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)**

		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(**) <b>Titre</b>								
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 <i>autre</i>							
PCR panfongique Préciser <b>18S/ITS/autre</b>								

Pathogène identifiée par la PCR panfongique : \_\_\_\_\_

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

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

(\*\*\*) Si diagnostic de Cryptococcose → Ag crypto     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	CNRMA-IFI
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"/> non faites	<b>EUCAST</b>
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 résistante à envoyer	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non (Alerte automatique)	
Souche SINFONI à envoyer au CNR	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Souche reçue au CNR		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Souche morte (ou non conservée)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<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)

- |                                       |                                       |                                       |   |   |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fluconazole  | <input type="checkbox"/> Voriconazole | <input type="checkbox"/> Posaconazole | <input type="checkbox"/> Itraconazole   | <input type="checkbox"/> Isavuconazole. |
| <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     |   |   |

- **Traitement antifongique curatif de première ligne** *(Vous pouvez cocher plusieurs antifongiques s'ils sont reçus simultanément au moins 48h)*

**Oui**

- |  |                                       |                                       |   |   |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fluconazole   | <input type="checkbox"/> Voriconazole | <input type="checkbox"/> Posaconazole | <input type="checkbox"/> Itraconazole   | <input type="checkbox"/> Isavuconazole. |
| <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   |                                       |   |   |

- Non** → 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 : .....