

Centre collaborateur (Hopital):

Médecin déclarant :

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

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 :
- Greffe de moelle osseuse : ☐ Allogreffe ☐ Autogreffe ☐ Pas de greffe **Date de greffe :/...../.....**
- Neutropénie <500/mm³ (dans le mois précédent) ☐ oui ☐ non

☐ Transplantation organe

- ☐ Rein ☐ Poumon ☐ Foie ☐ Cœur ☐ Pancréas ☐ Grêle **Date de transplantation :/...../.....**

☐ Tumeur solide en cours de traitement

- ☐ Déficit immunitaire primitif connu, Allogreffé : ☐ oui ☐ non

☐ 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** ☐

Diagnostic

- Type d'infection fongique

☐ Fongémie à levure (hors crypto)	☐ Aspergillose invasive
☐ Candidose profonde	☐ Mucormycose
☐ Cryptococcose	☐ Scedosporiose
☐ Pneumocystose	☐ Phaeohyphomycose
☐ Fusariose	☐ Autre pathogène :
Mycoses exotiques	
☐ Histoplasmosse	☐ 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, Coccidioidomycose
- 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

--



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 <i>Aspergillus spp</i>							
PCR <i>Aspergillus 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 spp</i>							
PCR <i>Candida auris</i>							
PCR autre							
PCR panfongique Préciser 18S/ITS/autre							

Pathogène identifiée par la PCR panfongique : _____

Diagnostic de Pneumocystose	Beta D glucanes PCR pneumocystis	☐ non recherché ☐ non recherchée	☐ négatif ☐ négative
Diagnostic d'Aspergillose	GM aspergillaire sérum GM aspergillaire LBA	☐ non recherché ☐ non recherché	☐ négatif ☐ négatif
Diagnostic de Cryptococcose	Ag crypto sérum Ag crypto LCS	☐ non recherché ☐ non recherché	☐ négatif ☐ négatif



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 ☐ CMI 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 hors PCP)

Prophylaxie ☐ Oui ☐ Non

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

- 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 | ☐ Anidulafungine | | |
| ☐ AmB-L | ☐ Flucytosine | ☐ Terbinafine | | |
| ☐ Cotrimoxazole | ☐ Atovaquone | | | |
| ☐ Rezafungine | ☐ Olorofim | ☐ Fosmanogepix | | |

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



SUPPORT D'ENREGISTREMENT	VERSION
Fiche de déclaration Infections Fongiques Invasives SINFONI	A

Evolution atypique :

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

Administration d'un « nouvel antifongique » (Rezafungine, Olorofim, Fosmanogepix) au cours des 3 premiers mois de suivi : ☐ oui ☐ non

- Type de traitement :

- ☐ Curatif
- ☐ Prophylaxie secondaire
- ☐ Traitement suspensif

Date de début :/...../.....

Date de fin:...../...../.....

- Indications de recours à un nouvel antifongique :

- ☐ Problème de résistance
- ☐ Présence de contre-indication à la principale alternative
- ☐ Échecs des lignes précédentes
- ☐ Intolérance des molécules utilisées dans les lignes précédentes
- ☐ Changement de galénique (ex : relais per os, forme longue durée d'action)
- ☐ Interactions médicamenteuses

Commentaires**Devenir du patient à 3 mois :**

- ☐ Vivant à 3 mois ☐ Perdu de vue ☐ Décédé ☐ Date de décès :

