



DECLARATION SIMPLIFIEE DES MYCOSES INVASIVES (page 1/2)

*Si vous souhaitez contribuer aux missions de surveillance du CNRMA, merci de compléter les deux pages
 Les informations demandées sous les titres écrits en italique rouge (pages 1 et 2) sont indispensables pour l'expertise des souches*

DONNEES GENERALES

Hôpital / Centre		Nom du correspondant	
NOM du patient :		Sexe : M <input type="checkbox"/> / F <input type="checkbox"/>	
Prénom :		Date de naissance(jj/mm/aaaa) :	

EPISODE ACTUEL

Secteur d'hospitalisation	Médecine <input type="checkbox"/>	Chirurgie <input type="checkbox"/>	Réa <input type="checkbox"/>	Autre <input type="checkbox"/>	
DIAGNOSTIC ETABLI (jj/mm/aaaa):					
Aspergillose <input type="checkbox"/>	Fongémie <input type="checkbox"/>	Pneumocystose <input type="checkbox"/>	Cryptococcose <input type="checkbox"/>	Mucormycose <input type="checkbox"/>	Exotique <input type="checkbox"/>
Phaeohyphomycose <input type="checkbox"/>	Fusariose <input type="checkbox"/>	Scedosporiose <input type="checkbox"/>	Rare pathogène <input type="checkbox"/>	Rare localisation <input type="checkbox"/>	Autre IFI <input type="checkbox"/>
Histoplasmosse capsulatum <input type="checkbox"/> Histoplasmosse duboisii <input type="checkbox"/> Coccidioidomycose <input type="checkbox"/> Blastomycose <input type="checkbox"/> Paracoccidioidomycose <input type="checkbox"/> Mycétome <input type="checkbox"/> Chromomycose <input type="checkbox"/> Sporotrichose <input type="checkbox"/> Penicilliose marneffeii <input type="checkbox"/>					
Site principal de l'infection <i>(poumon, SNC, peau, ORL, rein, foie, ...)</i>		Date de prélèvement ayant permis le diagnostic		(jj/mm/aaaa)	

CLASSIFICATION EORTC *IFI prouvée* *Probable* *Possible* *Non classable*

Récidive (> 6 mois et guérison mycologique sauf pour fongémies pour lesquelles le délai est >10j))	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Infection fongique disséminée (≥ 2 sites non contigus)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

TERRAIN – FACTEURS FAVORISANTS

Sérologie VIH Positive <input type="checkbox"/> Négative <input type="checkbox"/> Non connue <input type="checkbox"/>	Transplantation d'organe <input type="checkbox"/>	Cancer/hémopathie <input type="checkbox"/>
Autre pathologie/Facteur <input type="checkbox"/>	Chirurgie récente <input type="checkbox"/>	Aucune cause connue <input type="checkbox"/>

EVOLUTION DANS LES 90 JOURS :

Suivant le diagnostic d'IFI

Vivant

Décédé date du décès

Perdu de vue Date des dernières nouvelles

Commentaires / précisions sur l'épisode :

SOUCHES ENVOYEEES pour : *Identification* *CMI* *Typage* *Participation aux missions du CNRMA*

Si le diagnostic a été fait sans isolement de souche ou si la souche n'est pas adressée au CNRMA, merci de préciser le site de l'infection

Genre et espèce	Site anatomique <i>(précisez s'il s'agit d'une biopsie)</i>	Date de prélèvement	Votre N° référence
.....
.....

Précisions si nécessaire sur les moyens d'identification en particulier

Centre National de Référence Mycoses Invasives et Antifongiques

DECLARATION SIMPLIFIEE DES MYCOSES INVASIVES (page 2/2)

SI TRANSPLANTATION D'ORGANE, précisez

Rein <input type="checkbox"/> Foie <input type="checkbox"/> Pancréas <input type="checkbox"/> Grêle <input type="checkbox"/> Poumon <input type="checkbox"/> Cœur <input type="checkbox"/> Cornée <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	Commentaires
---	--------------------

SI PATHOLOGIE MALIGNNE, précisez

Type de cancer	Digestif <input type="checkbox"/> ORL <input type="checkbox"/> Génital <input type="checkbox"/> Urinaire <input type="checkbox"/> Poumon <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>
Type d'hétopathie	Leucémie aiguë <input type="checkbox"/> Lymphome <input type="checkbox"/> Autre hétopathie <input type="checkbox"/>
Commentaire si nécessaire	

SI CHIRURGIE RECENTE (< 30j hors geste curatif pour l'IFI), précisez

Œsophage-estomac <input type="checkbox"/> Cardiaque <input type="checkbox"/>	Pancréas <input type="checkbox"/> Vasculaire <input type="checkbox"/>	Foie-voies biliaires <input type="checkbox"/> Neurochirurgie <input type="checkbox"/>	Grêle-colon-rectum <input type="checkbox"/> Orthopédique <input type="checkbox"/>	Rein-voies urinaires <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	Gynécologique <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
---	--	--	--	---	---

SI AUTRE PATHOLOGIE, précisez

Maladie de système <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale chronique <input type="checkbox"/> Autre pathologie associée justifiant l'hospitalisation (infection bactérienne, occlusion intestinale, grippe ...) <input type="checkbox"/>	Déficit immunitaire primitif <input type="checkbox"/> 	Cirrhose <input type="checkbox"/> 	Diabète de type I <input type="checkbox"/> Diabète de type II <input type="checkbox"/> Mucoviscidose <input type="checkbox"/>
---	---	---------------------------------------	---

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Circonstances particulières OUI NON

Lentilles de contact <input type="checkbox"/> Traumatisme <input type="checkbox"/> Brûlures étendues <input type="checkbox"/> Toxicomanie intraveineuse <input type="checkbox"/> Cas groupés <input type="checkbox"/> Prématurité (... SA) <input type="checkbox"/>

Matériel étranger OUI NON

Cathéter veineux central <input type="checkbox"/> Chambre implantable <input type="checkbox"/> Prothèse articulaire <input type="checkbox"/> Prothèse valvulaire <input type="checkbox"/> Prothèse vasculaire <input type="checkbox"/> Autre matériel étranger, précisez

Traitements favorisants OUI NON

Immunosuppresseurs <input type="checkbox"/> Corticoïdes (>0,3mg/kg > 1 mois) <input type="checkbox"/> Corticoïdes locaux <input type="checkbox"/> Anti-TNFalpha <input type="checkbox"/> Autre biothérapie (Ac, Ig ..) <input type="checkbox"/>

Précisions sur les facteurs de risques conditions prédisposantes ...

--

SI MYCOSE EXOTIQUE, précisez

Continent de naissance	Europe <input type="checkbox"/>	Afrique <input type="checkbox"/>	Amérique <input type="checkbox"/>	Asie <input type="checkbox"/>	Océanie <input type="checkbox"/>	Inconnu <input type="checkbox"/>
Voyage/séjour hors métropole	Afrique <input type="checkbox"/>	Antilles-Guyane <input type="checkbox"/>	Amérique du nord <input type="checkbox"/>	Amérique Latine <input type="checkbox"/>	Asie <input type="checkbox"/>	
Ancienneté du séjour	<1mois <input type="checkbox"/>	1 mois-1an <input type="checkbox"/>	1-10 ans <input type="checkbox"/>	>10ans <input type="checkbox"/>	Résidence <input type="checkbox"/>	Inconnu <input type="checkbox"/>

MOYENS MIS EN ŒUVRE POUR LE DIAGNOSTIC DE L'IFI

Contexte clinique/épidémiologique <input type="checkbox"/> PCR diagnostique sur échantillon <input type="checkbox"/>	Ex. direct/histologie <input type="checkbox"/> Détection d'un antigène fongique <input type="checkbox"/>	Isolement en culture <input type="checkbox"/>
---	---	---

TRAITEMENT ANTIFONGIQUE : OUI NON

Antifongiques prescrits > 5 j dans les 30 j précédant le diagnostic de l'IFI : OUI NON

Association d'antifongiques OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>			
Flucytosine	<input type="checkbox"/>		
Amphotéricine B ou dérivés	Amb déoxycholate <input type="checkbox"/>	AmphoB liposomale <input type="checkbox"/>	ABLC <input type="checkbox"/>
Azols	Fluconazole <input type="checkbox"/>	Voriconazole <input type="checkbox"/>	Posaconazole <input type="checkbox"/> Itraconazole <input type="checkbox"/> Isavuconazole <input type="checkbox"/>
Echinocandines	Caspofungine <input type="checkbox"/>	Micafungine <input type="checkbox"/>	
Traitement préventif PCP	Cotrimoxazole <input type="checkbox"/>	Atovaquone <input type="checkbox"/>	Pentamidine <input type="checkbox"/>

Commentaires ...

Antifongiques prescrits pendant plus de 2 j après le diagnostic de l'IFI : OUI NON

Association initiale d'antifongiques OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>			
Flucytosine	<input type="checkbox"/>		
Amphotéricine B ou dérivés	Amb déoxycholate <input type="checkbox"/>	AmphoB liposomale <input type="checkbox"/>	ABLC <input type="checkbox"/>
Azols	Fluconazole <input type="checkbox"/>	Voriconazole <input type="checkbox"/>	Posaconazole <input type="checkbox"/> Itraconazole <input type="checkbox"/> Isavuconazole <input type="checkbox"/>
Echinocandines	Caspofungine <input type="checkbox"/>	Micafungine <input type="checkbox"/>	
Traitement curatif PCP	Cotrimoxazole <input type="checkbox"/>	Atovaquone <input type="checkbox"/>	Pentamidine <input type="checkbox"/>

Traitement chirurgical curatif OUI NON

Commentaires ...
