

Centre National de Référence Mycoses Invasives et Antifongiques
Françoise Dromer (MD, PhD, directeur) : 01 40 61 33 89 – **Christèle Auguste** (secrétariat) : 01 45 68 83 54

Olivier Lortholary et **Stéphane Bretagne** (MD, PhD, directeurs adjoints) : 01 45 68 83 54

Fanny Lanternier et **Alexandre Alanio** (MD, PhD, collaborateurs) : 01 40 61 32 55

Dea Garcia-Hermoso et **Marie Desnos-Ollivier** (PhD, expertes taxonomistes) : 01 40 61 33 41

Karine Sitbon (MD, base de données) : 01 45 68 83 55

28, rue du Dr. Roux, 75724 PARIS Cedex 15

 Téléphone : 01 40 61 32 50 ; Télécopie : 01 45 68 84 20 ; email : cnrma@pasteur.fr

DECLARATION SIMPLIFIEE DES MYCOSES INVASIVES (RM2-8)

*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"/> Phaeohiphomycose <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 (poumon, SNC, peau, ORL, rein, foie, ...)	Date de prélèvement ayant permis le diagnostic (jj/mm/aaaa)
	Date d'hospitalisation (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"/>
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 (précisez s'il s'agit d'une biopsie)	Date de prélèvement	Votre N° référence
.....
.....

Précisions si nécessaire sur les moyens d'identification en particulier
.....



N'oubliez pas de compléter la deuxième page ...

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 MALIGNE, 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'hémopathie	Leucémie aiguë <input type="checkbox"/>	Lymphome <input type="checkbox"/>	Autre hémopathie <input type="checkbox"/>	Commentaire si nécessaire			

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

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

SI AUTRE PATHOLOGIE, précisez

Maladie de système <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"/>
Insuffisance rénale chronique <input type="checkbox"/>	Insuffisance respiratoire chronique <input type="checkbox"/>		Mucoviscidose <input type="checkbox"/>	
Autre pathologie associée justifiant l'hospitalisation (infection bactérienne, occlusion intestinale, grippe ...) <input type="checkbox"/>				COVID-19 <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"/>	Ex. direct/histologie <input type="checkbox"/>	Isolement en culture <input type="checkbox"/>
PCR diagnostique sur échantillon <input type="checkbox"/>	Détection d'un antigène fongique <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 NON

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 NON

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 ...

