

Centre National de Référence Mycoses Invasives et Antifongiques

Françoise Dromer (MD, PhD, directeur) : 01 40 61 33 89

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 – Christèle Auguste (secrétariat) : 01 45 68 83 54

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



FICHE DE SURVEILLANCE DES CRYPTOCOCCOSES (RM2-2)

Si vous souhaitez contribuer aux missions de surveillance du CNRMA, merci de compléter les deux pages

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

SOUCHES ENVOYÉES 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

Site anatomique (préciser si biopsie)	Date de prélèvement	Votre N° référence
.....	(jj/mm/aaaa)
.....	(jj/mm/aaaa)

DIAGNOSTIC DE LA CRYPTOCOCCOSE Date du diagnostic : / /

Rechute : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Date du précédent épisode : (jj/mm/aaaa)
Éléments de diagnostic de la cryptococcose (cochez TOUS les arguments) <input type="checkbox"/> Isolement d'une souche <input type="checkbox"/> Histologie /examen direct <input type="checkbox"/> Détection de l'antigène polysaccharidique Dans le sérum : <input type="checkbox"/> non faite <input type="checkbox"/> négative <input type="checkbox"/> positive, titre Dans le LCR : <input type="checkbox"/> non faite <input type="checkbox"/> négative <input type="checkbox"/> positive, titre Résultat Test syndromique FimArray : <input type="checkbox"/> non faite <input type="checkbox"/> négative <input type="checkbox"/> positive, titre Test utilisé :	Ancienneté des symptômes avant le diagnostic (en semaines) : Commentaires/précisions éventuelles :

TERRAIN SOUS-JACENT

Sérologie VIH <input type="checkbox"/> positive <input type="checkbox"/> négative <input type="checkbox"/> NC	CD4/mm3 :	% CD4 :
SI LA SEROLOGIE VIH EST POSITIVE Stade de l'infection VIH <input type="checkbox"/> Découverte de l'infection VIH <input type="checkbox"/> Infection VIH connue <input type="checkbox"/> Stade SIDA connu <input type="checkbox"/> NSP	Mode de contamination VIH <input type="checkbox"/> Homo/bisexuelle <input type="checkbox"/> Hétérosexuelle <input type="checkbox"/> Toxicomanie <input type="checkbox"/> Transfusion <input type="checkbox"/> Inconnu / autre	Traitements anti-rétroviraux <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NSP Charge virale indétectable <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NSP
SI LA SEROLOGIE VIH EST NEGATIVE OU NON CONNUE		
Cancer / hémopathie <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Lymphome <input type="checkbox"/> LLC <input type="checkbox"/> Autre hémopathie <input type="checkbox"/> Tumeur solide <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Info. non disponible	Transplantation organe <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Rein <input type="checkbox"/> Cœur <input type="checkbox"/> Poumon <input type="checkbox"/> Foie <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Info. non disponible	Autres pathologies à risque <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Maladie inflam. systémique <input type="checkbox"/> Sarcoidose <input type="checkbox"/> Lymphocytopenie CD4 idiopath. <input type="checkbox"/> Pathol. respiratoire chronique <input type="checkbox"/> Infection HTLV1 <input type="checkbox"/> Autre pathologie
CIRCONSTANCES PARTICULIERES <input type="checkbox"/> Traumatisme cutané <input type="checkbox"/> Travail manuel <input type="checkbox"/> Contact fréquent pigeons/volailles <input type="checkbox"/> Tabagisme <input type="checkbox"/> Aucun facteur favorisant ni circonstance particulière		CONTINENT DE NAISSANCE <input type="checkbox"/> Europe <input type="checkbox"/> Asie <input type="checkbox"/> Afrique <input type="checkbox"/> Océanie <input type="checkbox"/> Amériques/Antilles <input type="checkbox"/> Information non disponible
Précisions éventuelles :		

Ne pas oublier la suite du questionnaire page 2



SURVEILLANCE DES CRYPTOCOCCOSES (RM2-2) (page 2)

LOCALISATIONS

Clinique	Détails	Culture mycologique	Examen direct/histologie
Fièvre	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	hémoculture <input type="checkbox"/> POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> NF	moelle osseuse <input type="checkbox"/> POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> NF
Système nerveux central	<input type="checkbox"/> Déficit moteur <input type="checkbox"/> Déficit paire crânienne <input type="checkbox"/> Troubles de conscience <input type="checkbox"/> Signes méningés <input type="checkbox"/> Autres :	<input type="checkbox"/> POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> NF	<input type="checkbox"/> POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> NF
Thoracique	<input type="checkbox"/> Pnp interstitielle <input type="checkbox"/> alvéol <input type="checkbox"/> Cavité <input type="checkbox"/> Pleurésie <input type="checkbox"/> Adénopathies <input type="checkbox"/> Autres	<input type="checkbox"/> POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> NF	<input type="checkbox"/> POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> NF
Urinaire		<input type="checkbox"/> POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> NF	<input type="checkbox"/> POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> NF
Peau / muqueuse	<input type="checkbox"/> Lésions multiples <input type="checkbox"/> unique <input type="checkbox"/> Papule <input type="checkbox"/> Cellulite <input type="checkbox"/> Panaris/phlegmon des gaines <input type="checkbox"/> autre	<input type="checkbox"/> POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> NF	<input type="checkbox"/> POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> NF
Digestif	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> NF	<input type="checkbox"/> POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> NF
Articulation /os	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> NF	<input type="checkbox"/> POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> NF
Autres	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> NF	<input type="checkbox"/> POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> NF
Nombre total de sites infectés (reflet de la dissémination)		Date de la dernière culture positive (jj/mm/aaaa)

TRAITEMENT ANTIFONGIQUE INITIAL (durée > 48 H)

<input type="checkbox"/> Amphotéricine B (AMB) déoxycholate	<input type="checkbox"/> Dérivé lipidique d'AMB
<input type="checkbox"/> 5-fluorocytosine	<input type="checkbox"/> Autre
<input type="checkbox"/> Fluconazole	
<input type="checkbox"/> Pas de traitement	

DEVENIR 3 mois APRES LE DIAGNOSTIC

<input type="checkbox"/> Vivant	<input type="checkbox"/> Décédé avant J15	<input type="checkbox"/> Décédé entre J15 et 3 mois	<input type="checkbox"/> perdu de vue
Date de décès : (jj/mm/aaaa)			
Date des dernières nouvelles : (jj/mm/aaaa)			

COMMENTAIRES EVENTUELS

.....

.....

.....

.....

.....

