

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"/> 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 (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 <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			

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 ...

