

Fiche de déclaration Infections Fongiques Invasives SINFONI

Centre collaborateur :

Médecin déclarant :

Hôpital :

Secteur d'hospitalisation le jour du prélèvement : médecine chirurgie réanimation

Si 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 (facultatif).....

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
 - Allogreffe Autogreffe Pas de greffe
 - Neutropénie <500/mm³ (dans le mois précédent) oui non
- Transplantation organe
 - Rein Poumon Foie Cœur Pancréas Grêle
- Tumeur solide en cours de traitement
- Déficit immunitaire primitif connu Allogreffé
- 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

Fiche de déclaration Infections Fongiques Invasives SINFONI

Diagnostic

- Type d'infection fongique

Fongémie à levure (hors crypto)	Aspergillose invasive
Candidose profonde	Mucormycose
Cryptococcose	Scedosporiose
Pneumocystose	Phaeohyphomycose
Fusariose	Autre pathogène :
Mycose exotique <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Histoplasmose <input type="checkbox"/> Coccidioïdomycose <input type="checkbox"/> Paracoccidioïdomycose <input type="checkbox"/> Chromomycose <input type="checkbox"/> Mycétome <input type="checkbox"/> Sporotrichose <input type="checkbox"/> Talaromycose <input type="checkbox"/> Blastomycose <input type="checkbox"/> 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, cocci
- 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 <input type="checkbox"/> Sinus <input type="checkbox"/> Oreille	Moelle osseuse
Cutanée	Digestive
Ganglionnaire	Hépatique <input type="checkbox"/> Splénique <input type="checkbox"/>
Rénale	Médiastin (médiastinite)
Oculaire (endophtalmie)	Autre (à préciser)
Ostéoarticulaire sur prothèse ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP	
Cardiaque sur prothèse ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP	
Vasculaire sur prothèse ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP	

Commentaires

Fiche de déclaration Infections Fongiques Invasives SINFONI

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

Pathogène identifiée par la PCR panfongique : _____

(*) Si diagnostic de Pneumocystose → Beta D glucanes non recherché négatif

→ PCR pneumocystis non recherchée négative

(**) Si diagnostic d'Aspergillose → GM aspergillaire sérum non recherché négatif

→ GM aspergillaire LBA non recherché négatif

(***) Si diagnostic de Cryptococcose → Ag crypto sérum non recherché négatif

→ Ag crypto LCS non recherché négatif

Fiche de déclaration Infections Fongiques Invasives SINFONI

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	CNRMA-IFI
Genre /espèce de la souche isolée		
Site de prélèvement		
Date de prélèvement		
Référence de la souche		
CMI	<input type="checkbox"/> Etest <input type="checkbox"/> Sensititre <input type="checkbox"/> non faites	EUCAST
Amphotéricine B		
5 Fluorocytosine		
Fluconazole		
Itraconazole		
Voriconazole		
Posaconazole		
Isavuconazole		
Caspofungine		
Micafungine		
Anidulafungine		
Terbinafine		
Olorofim		
Moyen d'identification de la souche	<input type="checkbox"/> Caractérisation morphologique <input type="checkbox"/> Maldi-ToF <input type="checkbox"/> Séquençage	
Souche résistante à envoyer	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non (Alerte automatique)	
Souche SINFONI à envoyer au CNR	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Souche reçue au CNR		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Souche morte (ou non conservée)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Traitement antifongique :

- **Préexposition antifongique** Oui Non NSP

(≥ 5 j dans le mois précédent les 1ers symptômes clinico- radio biologiques)

- | | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fluconazole | <input type="checkbox"/> Voriconazole | <input type="checkbox"/> Posaconazole | <input type="checkbox"/> Itraconazole | <input type="checkbox"/> Isavuconazole. |
| <input type="checkbox"/> Caspofungine | <input type="checkbox"/> Micafungine | <input type="checkbox"/> Rezafungine | <input type="checkbox"/> Anidulafungine | |
| <input type="checkbox"/> AmB-L | <input type="checkbox"/> Flucytosine | <input type="checkbox"/> Olorofim | | |

- **Traitement antifongique curatif de première ligne** (Vous pouvez cocher plusieurs antifongiques s'ils sont reçus simultanément au moins 48h)

Oui

- | | | | | |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fluconazole | <input type="checkbox"/> Voriconazole | <input type="checkbox"/> Posaconazole | <input type="checkbox"/> Itraconazole | <input type="checkbox"/> Isavuconazole. |
| <input type="checkbox"/> Caspofungine | <input type="checkbox"/> Micafungine | <input type="checkbox"/> Rezafungine | <input type="checkbox"/> Anidulafungine | |
| <input type="checkbox"/> AmB-L | <input type="checkbox"/> Flucytosine | <input type="checkbox"/> Olorofim | <input type="checkbox"/> Terbinafine | |
| <input type="checkbox"/> Cotrimoxazole | <input type="checkbox"/> Atovaquone | | | |

- Non** → Raison de l'absence de traitement antifongique
- Patient décédé au moment du rendu du diagnostic
 - Limitation des soins
 - Traitement chirurgical seul

Devenir du patient à 3 mois : vivant à 3 mois perdu de vue décédé

Date de décès :