

# QUESTIONNAIRE POUR EXPERTISE D'ASPERGILLOSE CHRONIQUE (EXP-ASPC)

<b>A adresser au :</b> Laboratoire de Parasitologie & Mycologie – CNR Aspergillose chronique LA-AspC CHU de Rennes, 2 rue Henri le Guilloux 35000 Rennes, France	<b>Contacts :</b> - Pr Jean-Pierre GANGNEUX - Dr Hélène GUEGAN - Mme Clémence POMMERON
---	--

Date de demande d'expertise (jj/mm/aaaa) : ...../...../.....

## 1- Identité du patient

Nom	Prénom	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Sexe
-----	---------	--------------------------------	------

### Service d'hébergement du patient lors du prélèvement :

- Pneumologie     Maladies infectieuses     Médecine (hors pneumologie et infectiologie)     Chirurgie  
 Réanimations     Autre :

### Biologiste/Médecin correspondant pour la demande d'expertise-AspC

- Nom, Prénom :  
- Service :  
- Etablissement :  
- e-mail :

### Si connu : médecin prenant en charge le patient pour son Aspergillose pulmonaire chronique (APC) :

- Nom, Prénom :  
- Service :  
- Etablissement :  
- e-mail :

## 2- Contexte clinique

### Type d'aspergillose chronique

- APC complexe     Aspergillome     Nodule aspergillaire  
 ABPA     Non classé/ Ne sait pas     Autre (spécifier) :

Date de diagnostic (mm/aaaa) : .... /.....

Traitement antifongique : Episode traité :     oui     non     ne sait pas

Si oui :    molécule 1 :

Date (jj/mm/aaaa) de début : .... /.... /..... et fin: .... /.... /..... de traitement

molécule 2 :

Date (jj/mm/aaaa) de début : .... /.... /..... et fin: .... /.... /..... de traitement

Autre :

## 3- Expertise mycologique sur souche d'Aspergillus

Votre référence d'isolat :

Date de l'isolement (jj/mm/aaaa) :

Localisation/échantillon d'isolement :

Résultat de  votre identification si réalisée : Préciser l'espèce : .....

Préciser la méthode d'identification :     Macro/Microscopie

Méthode Maldi-tof : base de données ? .....

Autre : .....

# QUESTIONNAIRE POUR EXPERTISE D'ASPERGILLOSE CHRONIQUE (EXP-ASPC)

## Résultats de sensibilité aux antifongiques dans votre laboratoire si réalisée :

Antifongigramme réalisé

NON

OUI si Oui → Remplir Colonne blanche du tableau ci-dessous

	Vos résultats	<input type="checkbox"/> CMI diffusion en gradient <input type="checkbox"/> CMI microplaque commercialisée Sera rempli par CNR	CMI Eucast Sera rempli par CNR
Amphotéricine B			
Itraconazole			
Voriconazole			
Posaconazole			
Isavuconazole			
Caspofungine			
Micafungine			
Anidulafungine			
Terbinafine			
Olorofim			
Autre :			
Phénotype inhabituel de résistance	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

## Demande d'expertise auprès du CNR LA-AspC

Identification par méthode Maldi-tof + base MSI2

Identification par séquençage moléculaire

Antifongigramme d'expertise

Préciser si besoin de tester des antifongiques en particulier .....

Séquençage du gène Cyp51A

## 4- Expertise sérologique

Détermination des IgG anti-aspergillaires

	Votre référence	Date de prélèvement (jj/mm/aaaa)	Information éventuelle relative à ce sérum (votre résultat labo, ...)
Sérum 1			
Sérum 2			
...			

## 5- Motif de la demande d'expertise

.....

.....

.....