

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

A adresser au : CNR Aspergillose chroniques LA-AspC - Service de Parasitologie & Mycologie CHU de Bordeaux - Groupe Hospitalier Pellegrin Place Amélie Raba-Léon – 33000 Bordeaux	Contacts : - Pr Laurence DELHAES - Dr Sébastien IMBERT - Mme Marion RODRIGUEZ
---	---

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 Aspergilliose pulmonaire chronique (APC) :

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

2- Contexte clinique

Type d'aspergilliose 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

.....

.....

.....