OBSERVATOIRE FRANCAIS DES NOCARDIOSES (OFN)

Institut d'Agents infectieux- Groupement Hospitalier Nord. 103 Grande Rue de la croix Rousse, 69317 Lyon Cedex 04
tel : +33 (0)4 72 07 16 91 (tel secrétariat: +33 (0)4 72 07 11 11). http://ofn.univ-lyon1.fr
Dr V. RODRIGUEZ NAVA - 04 78 77 72 76 – veronica.rodriguez-nava@univ-lyon1.fr

(Fiche de renseignements à remplir et envoyer avec toute demande d'expertise + un bon de commande)

Nom du médecin :	**Nom du microbiologiste référent :**
E-mail :	**E-mail :**
Hôpital :	**Hôpital :**
Service :	**Service :**
Téléphone / Fax :	**Téléphone / Fax :**
Ville :	**Ville :**
Date et signature :	**Tél du service économique :**

PATIENT

Patient : Nom ……. Prénom |___|___|___| **Sexe : ☐ F ☐ M**

Date de naissance : |__|__| |__|__| |__|__|__|__| **Département de résidence :** |__|__|

Pays d'origine : ☐ France métropolitaine ☐ France DOM-TOM **Profession :** …….

☐ Autres *Préciser*……

Date d'isolement : |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Résultat de la 1ère identification : ……..

Référence dans votre laboratoire :

Service d'hospitalisation :

DEMANDE D'EXPERTISE:

☐ **Détection directe par PCR sur échantillon clinique (LBA, LCR, biopsie, etc.)**
☐ **Identification (souche)**
☐ **Détermination de sensibilité aux antibiotiques**

1- Terrain favorisant (Merci de cocher au moins une case)

☐ Corticothérapie
☐ Autres immunosuppresseurs *Préciser*……
☐ Transplantation *Organe :* . . . . *Année :* . . . .
☐ Affection pulmonaire prédisposante
si oui : ☐ BPCO
☐ DDB
☐ Mucoviscidose
☐ Autres *Préciser* ……
☐ Cancer
si oui : ☐ Poumon
☐ ORL
☐ Sein
☐ Colon
☐ Autres *Préciser* ……

☐ Maladie auto-immune *Préciser* ……
☐ Hémopathie *Préciser* ……
☐ Tabagisme
☐ VIH *Depuis* …./…./….
Charge virale : …….. *copies/ml* *CD4/mm³:* ….
☐ Diabète insulino-dépendant
☐ Diabète non insulino-dépendant
☐ Ethylisme chronique
☐ Autres pathologies *Préciser* ……

☐ Aucun facteur de risque identifié

2- Antécédents :

Tuberculose	☐ OUI	☐ NON	☐ Ne sait pas
Mycobactériose atypique	☐ OUI	☐ NON	☐ Ne sait pas
Typhoïde	☐ OUI	☐ NON	☐ Ne sait pas
Infection VZV	☐ OUI	☐ NON	☐ Ne sait pas
Infection CMV	☐ OUI	☐ NON	☐ Ne sait pas

3- Données cliniques

• Forme(s) clinique(s) :
☐ Cérébrale si oui ☐ Méningite ☐ Abcès unique ☐ Abcès multiples
☐ Pulmonaire ☐ Cutanée ☐ Septicémique ☐ Autres *Préciser* ……

• Principaux signes cliniques, biologiques et/ ou radiologiques : ……

• CRP au moment du diagnostic : ……mg/L GB au moment du diagnostic : ……..Giga/L

• Bilan d'extension cérébrale après une forme pulmonaire, cutanée ou septicémique :
☐ Non effectué
☐ Effectué *dans ce cas résultat :* ☐ Négatif ☐ Positif *Localisation :* . . .

• Prélèvement(s) ayant permis l'isolement :

☐ LBA/Brossage bronchique
☐ Expectoration/Crachat
☐ Aspiration trachéale
☐ Aspiration bronchique
☐ Tubage gastrique
☐ Liquide pleural
☐ LCR
☐ Hémoculture

☐ Pus d'abcès :
☐ Cutané
☐ Cérébral
☐ Pulmonaire
☐ Autres *Préciser* ……
☐ Biopsie :
☐ Cutanée
☐ Cérébrale
☐ Pulmonaire
☐ Autres *Préciser*……
☐ Autres *Préciser* ……

• La souche de *Nocardia* était-elle associée avec un ou d'autres germes : ☐ NON ☐ OUI si OUI , préciser le(s)quel(s) : ……

4- Traitement antibiotique en cours : ☐ NON ☐ OUI

débuté le : …./…./….**Préciser** : ……