# Etude observationnelle multicentrique MYCOLD

# Anémies hémolytiques auto-immunes à agglutinines froides secondaires à une infection à *Mycoplasma pneumoniae*

Fiche de recueil ci-après, à adresser par mail

Dr Kevin CHEVALIER (DES Médecine Interne et Immunologie Clinique, Paris)
Email : kevin.chevalier@aphp.fr

Coordonnateurs/investigateurs

Pr Marc MICHEL (Service de Médecine Interne, CERECAI – CHU Mondor, AP-HP)
Email : marc.michel2@php.fr

Dr Etienne CRICKX (Service de Médecine Interne, CERECAI – CHU Mondor, AP-HP)

Email : etienne.crickx@aphp.fr

- Date de saisie :

- Nom du médecin référent :

- Mail :

- Téléphone :

- Ville/centre hospitalier :

# Fiche de recueil

# Anémies hémolytiques auto-immunes à agglutinines froides secondaires à une infection à *Mycoplasma pneumoniae*

**Données générales du patient**

- Nom (3 premières lettres) : I\_\_I\_\_I\_\_I

- Prénom (3 premières lettres) : I\_\_I\_\_I\_\_I

- Date de naissance : I\_\_I\_\_I / I\_\_I\_\_I / I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I

- Sexe : [ ]  H [ ]  F

- Origine ethnique □ Afro-Antillais □ Asiatique □ Caucasien

**Critères d’inclusion**

[ ]  **Age ≥ 15 ans et 3 mois**

[ ]  **Diagnostic avéré d’infection à *Mycoplasma pneumoniae*** (PCR positive, culture positive, IgM spécifiques détectables ou positivation d’une sérologie) vu en milieu hospitalier

[ ]  **Anémie hémolytique auto-immune** (AHAI) avec taux d’hémoglobine ≤ 10 g/dl

[ ]  Avec **test direct à l’antiglobuline (TDA) positif** de type C3d

**Critères d’exclusion**

[ ]  Anémie hémolytique **non auto-immune**

[ ]  Diagnostic présumé d’AHAI mais avec **test de Coombs négatif**

[ ]  Patient s’étant opposé à l’utilisation de ses données de soins dans le cadre de cette recherche

[ ]  Dans le cas où le patient est dans l’incapacité de s’opposer : opposition de son proche ou de sa personne de confiance

[ ]  Dans le cas où le patient est mineur : opposition d’un des 2 titulaires de l’autorité parentale

*Les patients avec une thrombopénie immunologique associée (syndrome d’Evans) sont éligibles dès lors que les autres critères sont respectés.*

**Antécédents**

|  |
| --- |
| **Comorbidités respiratoires** |
| **Le patient a-t-il au moins une comorbidité respiratoire, incluant le tabagisme actif ?** | [ ]  Oui[ ]  Non |
| **Laquelle, lesquelles ?*****Seulement si OUI coché à la question précédente*** | [ ]  Tabagisme actif[ ]  BPCO[ ]  Asthme[ ]  Emphysème[ ]  Pneumopathie interstitielle diffuse[ ]  HTAP[ ]  Autre insuffisance respiratoire chronique |
| **Précisez l’insuffisance respiratoire chronique non listée ci-dessus*****Seulement si AUTRE coché à la question précédente*** |  |
| **Comorbidités cardio-vasculaires** |
| **Le patient a-t-il au moins une comorbidité cardio-vasculaire ?** | [ ]  Oui[ ]  Non |
| **Laquelle, lesquelles ?*****Seulement si OUI coché à la question précédente*** | [ ]  HTA traitée[ ]  Diabète traité[ ]  Dyslipidémie[ ]  Obésité (IMC ≤ 30 kg/m2)[ ]  AVC[ ]  Infarctus du myocarde[ ]  AOMI[ ]  Cardiopathie rythmique[ ]  Insuffisance cardiaque chronique |
| **Comorbidités hépatiques, rénales et thyroïdiennes** |
| **Le patient a-t-il au moins une comorbidité hépatique, rénale ou thyroïdienne ?** | [ ]  Oui[ ]  Non |
| **Laquelle, lesquelles ?*****Seulement si OUI coché à la question précédente*** | [ ]  Ethylisme chronique[ ]  Hépatopathie chronique[ ]  Insuffisance rénale chronique (DFG < 30 mL/min)[ ]  Dysthyroïdie |
| **Comorbidités hématologiques** |
| **Le patient présent-il une hémopathie maligne ?** | [ ]  Oui[ ]  Non |
| **Quelle est son hémopathie ?** | [ ]  Lymphome [ ]  Leucémie aigüe [ ]  Leucémie lymphoïde chronique[ ]  Polyglobulie de Vaquez[ ]  Thrombocytémie essentielle[ ]  Myélofibrose primitive[ ]  Myélome multiple[ ]  Maladie de Waldenström[ ]  MGUS[ ]  Autre |
| **Précisez l’hémopathie maligne non listée ci-dessus*****Seulement si AUTRE coché à la question précédente*** |  |
| **Si myélome multiple, maladie de Waldenström ou MGUS, désignez la chaîne lourde impliqué dans la gammapathie monoclonale*****Seulement si MYELOME MULTIPLE, MALADIE DE WALDENSTROM ou MGUS coché à la question précédente*** | [ ]  IgA [ ]  IgM [ ]  IgG[ ]  Aucune |
| **Quel est le taux en g/l de cette chaîne lourde ?*****Seulement si MYELOME MULTIPLE, MALADIE DE WALDENSTROM ou MGUS coché à la question précédente*** |  |
| **Immunodépression** |
| **Le patient est-il immunodéprimé ?** | [ ]  Oui[ ]  Non |
| **Quelle est son immunodépression ?*****Seulement si OUI coché à la question précédente*** | [ ]  Infection à VIH[ ]  Cancer solide actif[ ]  Hémopathie active[ ]  Greffe d’organe solide[ ]  Traitement immunosuppresseur[ ]  Asplénie organique ou fonctionnelle[ ]  Autre immunodépression |
| **Concernant l’infection par le VIH, le patient est-il sous traitement ARV ?*****Seulement si VIH coché à la question précédente*** | [ ]  Oui[ ]  Non |
| **Concernant l’infection par le VIH, quelle est la dernière valeur connue de la charge virale plasmatique (copies/mL) ?*****Seulement si VIH coché à la question précédente*** | ……………………………………Renseigner la valeur en copies/mL et non en log copies/mL. Mettre « 0 » en cas de charge virale indétectable |
| **Concernant l’infection par le VIH, quelle est la dernière valeur connue de CD4 (en cellules/mm3) ?*****Seulement si VIH coché à la question précédente*** | ……………………………………. |
| **Quel(les) greffe(s) le patient a-t-il reçu ?*****Seulement si GREFFE coché à la question précédente*** | [ ]  Rein[ ]  Foie[ ]  Poumon[ ]  Cœur  |
| **Quel(s) traitement(s) immunosuppresseur(s) le patient reçoit-il ?*****Seulement si TRAITEMENT IMMUNOSUPPRESSEUR coché à la question précédente*** | [ ]  Chimiothérapie[ ]  Corticothérapie orale[ ]  Autres immunosuppresseurs |
| **Précisez quelle autre immunodépression le patient présente*****Seulement si AUTRES IMMUNOSUPPRESSEUR coché à la question précédente*** | ……………………………………. |
| **Maladies auto-immunes et inflammatoires** |
| **Le patient présent-il une maladie auto-immune ou inflammatoire chronique ?** | [ ]  Oui[ ]  Non |
| **Laquelle ?** ***Seulement si OUI coché à la question précédente*** |  |
| **Autre comorbidité** |
| **Le patient présent-il une autre comorbidité significative ?** | [ ]  Oui[ ]  Non |
| **Laquelle ?** ***Seulement si OUI coché à la question précédente*** |  |

**Mode de vie**

|  |
| --- |
| **Logement** |
| **Logement du patient** | [ ]  Logement individuel, seul[ ]  Logement individuel, en couple ou en colocation à 2[ ]  Logement individuel, en couple ou en colocation à 3 ou plus[ ]  Foyer collectif[ ]  EHPAD[ ]  Sans domicile fixe[ ]  Donnée non disponible |
| **Y a t-t-il un ou des enfant(s) au domicile ?** | [ ]  Oui[ ]  Non[ ]  Donnée non disponible |
| **Âge du (ou des) enfant(s) présent(s) au domicile ?*****Seulement si OUI coché à la question précédente*** | [ ]  5 ans et moins[ ]  Entre 6 et 15 ans |
| **Y a-t-il en dehors du domicile des contact réguliers avec des enfants ?** | [ ]  Oui[ ]  Non[ ]  Donnée non disponible |
| **Âge du (ou des) enfant(s) présent(s) en contact ?*****Seulement si OUI coché à la question précédente*** | [ ]  5 ans et moins[ ]  Entre 6 et 15 ans |
| **Contage infectieux** |
| **Le patient a-t-il été en contact avec des personnes malades dans le mois précédent le diagnostic ?** | [ ]  Oui[ ]  Non[ ]  Donnée non disponible |
| **Le patient a-t-il été en contact avec des personnes positives à mycoplasme dans le mois précédent le diagnostic ?** | [ ]  Oui[ ]  Non[ ]  Donnée non disponible |
| **Le patient a-t-il voyagé en dehors de France dans le mois précédent le diagnostic ?** | [ ]  Oui[ ]  Non[ ]  Donnée non disponible |
| **Dans quel(s) pays ?*****Seulement si OUI coché à la question précédente*** |  |

**CARACTERISTIQUES INITIALES DE L’AHAI LORS DE LA PRISE EN CHARGE**

- **Date du diagnostic** : I\_\_I\_\_I / I\_\_I\_\_I / I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I

- **Age au diagnostic de l’AHAI (ans)** :

**- Délai entre l’admission et les premiers signes d’infection à *Mycoplasma pneumoniae* (jours) :** ……………

- **Nadir de l’hémoglobine (en g/L) au cours de l’évolution** : …………………………………….

|  |
| --- |
| **Constantes** |
| **Température (°C)** | ……………………………………. | **SpO2 en air ambiant** | …………………………………….Ne pas remplir ce champ si pas de valeur disponible en air ambiant (patient déjà sous oxygène) |
| **Fréquence respiratoire (/min)** | ……………………………………. | **Mode d’oxygénation** | [ ]  Air ambiant[ ]  Oxygénothérapie aux lunettes[ ]  Oxygénothérapie au masque haute concentration |
| **Fréquence cardiaque (/min** | ……………………………………. | **Pression artérielle systolique (mmHg)** | ……………………………………. |
| **Score de Glasgow (entre 3 et 15)** | ……………………………………. | **Pression artérielle diastolique (mmHg)** | ……………………………………. |
| **Poids (kg)** | ……………………………………. | **Taille (cm)** | ……………………………………. |
| **Symptômes présent à l’admission à l’hôpital** |
| **Signes généraux** | [ ]  Fièvre[ ]  Asthénie[ ]  Perte de poids significative[ ]  Malaise[ ]  Céphalées[ ]  Confusion[ ]  Troubles de la vigilance |
| **Signes respiratoires** | [ ]  Toux[ ]  Expectorations[ ]  Dyspnée |
| **Manifestations ORL** | [ ]  Rhinite[ ]  Pharyngite[ ]  Angine[ ]  Otite |
| **Urines « rouge porto » ?** | [ ]  Oui[ ]  Non[ ]  Donnée non disponible |
| **Manifestations digestives** | [ ]  Diarrhée[ ]  Vomissements[ ]  Douleurs abdominales |
| **Manifestations musculosquelettiques** | [ ]  Myalgies[ ]  Arthralgies[ ]  Arthrites |
| **Manifestations cutanées** | [ ]  Acrocyanose[ ]  Phénomène de Raynaud[ ]  Exanthème maculo-papuleux[ ]  Lésions en cocarde[ ]  Bulles[ ]  Lésions purpuriques[ ]  Autre |
| **Quelle autre manifestation cutanée ?*****Seulement si AUTRE coché à la question précédente*** |  |
| **L’atteinte cutanée est-elle ?*****Seulement si AU MOINS UNE MANIFESTATION CUTANEE cochée à la question précédente*** | [ ]  Localisée[ ]  Etendue |
| **Atteinte muqueuse** | [ ]  Oro-pharyngée[ ]  Génitale[ ]  Anale[ ]  Oculaire |
| **Manifestations neurologiques** | [ ]  Syndrome méningé[ ]  Syndrome encéphalitique[ ]  Syndrome cérébelleux[ ]  Neuropathie périphérique[ ]  Déficit sensitif[ ]  Déficit moteur[ ]  Crises comitiales[ ]  Atteintes des paires crâniennes[ ]  Autre |
| **Quelle autre manifestation neurologique ?*****Seulement si AUTRE coché à la question précédente*** |  |
| **Manifestations cardiaques** | [ ]  Douleurs thoraciques[ ]  Palpitations |
| **Manifestations ophtalmologiques** | [ ]  Baisse acuité visuelle[ ]  Conjonctivite |
| **Autre manifestation clinique significative ?** | [ ]  Oui[ ]  Non |
| **Laquelle ?*****Seulement si AUTRE coché à la question précédente*** |  |
| **Biologie initiale au moment de la prise en charge AHAI/infection *Mycoplasma* (J0)** |
| **Gaz du sang réalisé ?** | [ ]  Oui[ ]  Non | **PaO2 (mmHg)*****Seulement si OUI coché à la question précédente*** | ……………………………… |
| **PaCo2 (mmHg)*****Seulement si OUI coché à la question précédente*** | ……………………………… | **Débit d’oxygène au moment de l’examen (L/min)*****Seulement si OUI coché à la question précédente*** | ………………………………(Mettre « 0 » si air ambiant) |
| **Lactate (mmol/L)*****Seulement si OUI coché à la question précédente*** | ……………………………… |  |  |
|  |
| **Hémoglobine (g/dL)** | ……………………………… | **VGM (fl)** | ……………………………… |
| **Réticulocytes (G/L)** | ……………………………… | **Plaquettes (G/L)** | ……………………………… |
| **Leucocytes (G/L)** | ……………………………… | **Neutrophiles (G/L)** | ……………………………… |
| **Lymphocytes (G/L)** | ……………………………… |  |  |
| **Frottis sanguin réalisé ?** | [ ]  Oui[ ]  Non | **Anomalies sur le frottis sanguin*****Seulement si OUI coché à la question précédente*** | ……………………………………………………………… |
|  |
| **LDH (UI/L)** | ……………………………… | **Haptoglobine (g/L)** | ……………………………… |
| **Bilirubine totale (µmol/L)** | ……………………………… | **Bilirubine libre (µmol/L)** | ……………………………… |
| **CPK (UI/L)** | ……………………………… | **CRP (mg/L)** | ……………………………… |
| **Créatinine (µmol/L)** | ……………………………… | **ASAT (UI/L)** | ……………………………… |
| **ALAT (UI/L)** | ……………………………… | **Gamma-GT (UI/L)** | ……………………………… |
| **Phosphatase alcaline (UI/L)** | ……………………………… |  |  |
|  |
| **Test de Coombs** | [ ]  Négatif[ ]  Positif en IgG[ ]  Positif pour le complément C3d | **Nombre de croix IgG test de Coombs*****Seulement si POSITIF EN IGG coché à la question précédente*** | ……………………………… |
| **Nombre de croix C3d test de Coombs*****Seulement si POSITIF POUR LE COMPLEMENT coché à la question précédente*** | ……………………………… | **Titre d’agglutinines froides dans le sérum** | 1/………… |
| **Electrophorèse des protéines sériques** | [ ]  Non faite[ ]  Faite | **Gammaglobulines (g/L)*****Seulement si OUI coché à la question précédente*** | ……………………………… |
| **Pic monoclonal*****Seulement si OUI coché à la question précédente*** | [ ]  Oui[ ]  Non  | **Type de pic** | [ ]  IgA [ ]  IgM [ ]  IgG |
| **Valeur du pic (g/L)** | ……………………………… | **Si immunofixation réalisée : détails** | ……………………………… |
|  |
| **Myélogramme réalisé** **?** | [ ]  Oui[ ]  Non | **Anomalies*****Seulement si OUI coché à la question précédente*** | ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| **BOM réalisée ?** | [ ]  Oui[ ]  Non | **Anomalies*****Seulement si OUI coché à la question précédente*** | ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

|  |
| --- |
| **Présentation radiologique** |
| Radiographie thoracique réalisée ? | [ ]  Oui[ ]  Non  |
| Anomalies observées sur la radiographie thoracique***Seulement si OUI coché à la question précédente*** | [ ]  Opacités interstitielles[ ]  Opacités alvéolaires[ ]  Épanchement pleural[ ]  Anomalies bilatérales[ ]  Normale |
| Scanner thoracique réalisé ? | [ ]  Oui[ ]  Non  |
| Anomalies observées sur le scanner thoracique***Seulement si OUI coché à la question précédente*** | [ ]  Épaississement des parois bronchiques[ ]  Bronchiolites, micronodules bronchiolaires[ ]  Syndrome interstitiel, verre dépoli[ ]  Condensation alvéolaire[ ]  Normale |
| Localisation des anomalies observées sur le scanner thoracique***Seulement si OUI coché à la question précédente*** | [ ]  Atteinte bilatérale[ ]  Atteinte d’au moins un lobe inférieur (dont lobe moyen)[ ]  Atteinte d’au moins un lobe supérieur *(Ne rien cocher si scanner thoracique normal)* |
| Maladie thrombo-embolique veineuse ? | [ ]  Oui[ ]  Non |
| Laquelle ?***Seulement si OUI coché à la question précédente*** | [ ]  Thrombose veineuse superficielle[ ]  Thrombose veineuse profonde[ ]  Embolie pulmonaire  |
| Si embolie pulmonaire : détails***Seulement si EMBOLIE PULMONAIRE coché à la question précédente*** | [ ]  Embolie pulmonaire proximale[ ]  Embolie pulmonaire unilatérale[ ]  Embolie pulmonaire bilatérale[ ]  Embolie pulmonaire de risque faible \*[ ]  Embolie pulmonaire de risque intermédiaire\*[ ]  Embolie pulmonaire de risque élevé\*\* Voir annexe |

**DIAGNOSTIC DE L’INFECTION A MYCOPLASME**

- **Date des premiers symptoms d’infection** : I\_\_I\_\_I / I\_\_I\_\_I / I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I

- **Date du diagnostic** : I\_\_I\_\_I / I\_\_I\_\_I / I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I

|  |
| --- |
| Prélèvements réalisés et résultats de la PCR mycoplasme |
|  | PCR positive | PCR négative | Non fait |
| Ecouvillon naso-pharyngé | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Crachat | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Aspiration bronchique | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| LBA | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Autre prélèvement | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Lequel ? |  |

|  |
| --- |
| **Sérologie et culture** |
| Sérologie *Mycoplasma pneumoniae* réalisée ? | [ ]  Oui[ ]  Non  |
| Quel est le résultat ?***Seulement si OUI coché à la question précédente*** | [ ]  Positive (IgM)[ ]  Positive (IgG)[ ]  Négative |

**TRAITEMENTS DE L’AHAI**

|  |
| --- |
| **Première ligne de traitement** |
| **Début du traitement (JJ-MM-YYY)** | I\_\_I\_\_I / I\_\_I\_\_I / I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I |
| **Fin du traitement (JJ-MM-YYY)** | I\_\_I\_\_I / I\_\_I\_\_I / I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I*Ne pas remplir si encore en cours aux dates de dernières nouvelles* |
| **Traitement** | [ ]  Corticothérapie orale[ ]  Corticothérapie intraveineuse[ ]  IgIV[ ]  EPO[ ]  Rituximab[ ]  Échanges plasmatiques[ ]  Splénectomie[ ]  Autre[ ]  Aucun traitement |
| **Quel(s) autre(s) traitement(s) ?*****Seulement si AUTRE coché à la question précédente*** |  |
| **Posologie (préciser si décroissance)** |  |
| **Deuxième ligne de traitement (si pas de seconde ligne, ne pas remplir)** |
| **Début du traitement (JJ-MM-YYY)** | I\_\_I\_\_I / I\_\_I\_\_I / I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I |
| **Fin du traitement (JJ-MM-YYY)** | I\_\_I\_\_I / I\_\_I\_\_I / I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I*Ne pas remplir si encore en cours aux dates de dernières nouvelles* |
| **Traitement** | [ ]  Corticothérapie orale[ ]  Corticothérapie intraveineuse[ ]  IgIV[ ]  EPO[ ]  Rituximab[ ]  Échanges plasmatiques[ ]  Splénectomie[ ]  Autre |
| **Quel(s) autre(s) traitement(s) ?*****Seulement si AUTRE coché à la question précédente*** |  |
| **Posologie (préciser si décroissance)** |  |
| **Troisème ligne de traitement (si pas de seconde ligne, ne pas remplir)** |
| **Début du traitement (JJ-MM-YYY)** | I\_\_I\_\_I / I\_\_I\_\_I / I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I |
| **Fin du traitement (JJ-MM-YYY)** | I\_\_I\_\_I / I\_\_I\_\_I / I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I*Ne pas remplir si encore en cours aux dates de dernières nouvelles* |
| **Traitement** | [ ]  Corticothérapie orale[ ]  Corticothérapie intraveineuse[ ]  IgIV[ ]  EPO[ ]  Rituximab[ ]  Échanges plasmatiques[ ]  Splénectomie[ ]  Autre |
| **Quel(s) autre(s) traitement(s) ?*****Seulement si AUTRE coché à la question précédente*** |  |
| **Posologie (préciser si décroissance)** |  |
| **Quatrième ligne de traitement (si pas de seconde ligne, ne pas remplir)** |
| **Début du traitement (JJ-MM-YYY)** | I\_\_I\_\_I / I\_\_I\_\_I / I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I |
| **Fin du traitement (JJ-MM-YYY)** | I\_\_I\_\_I / I\_\_I\_\_I / I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I*Ne pas remplir si encore en cours aux dates de dernières nouvelles* |
| **Traitement** | [ ]  Corticothérapie orale[ ]  Corticothérapie intraveineuse[ ]  IgIV[ ]  EPO[ ]  Rituximab[ ]  Échanges plasmatiques[ ]  Splénectomie[ ]  Autre |
| **Quel(s) autre(s) traitement(s) ?*****Seulement si AUTRE coché à la question précédente*** |  |
| **Posologie (préciser si décroissance)** |  |
| **Cinquième ligne de traitement (si pas de seconde ligne, ne pas remplir)** |
| **Début du traitement (JJ-MM-YYY)** | I\_\_I\_\_I / I\_\_I\_\_I / I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I |
| **Fin du traitement (JJ-MM-YYY)** | I\_\_I\_\_I / I\_\_I\_\_I / I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I*Ne pas remplir si encore en cours aux dates de dernières nouvelles* |
| **Traitement** | [ ]  Corticothérapie orale[ ]  Corticothérapie intraveineuse[ ]  IgIV[ ]  EPO[ ]  Rituximab[ ]  Échanges plasmatiques[ ]  Splénectomie[ ]  Autre |
| **Quel(s) autre(s) traitement(s) ?*****Seulement si AUTRE coché à la question précédente*** |  |
| **Posologie (préciser si décroissance)** |  |

- Corticorésistance \* : [ ]  OUI [ ]  NON
*\*Persistance d’une hémolyse active avec anémie et gain d’hémoglobine < 2 g/dl (à distance d’une transfusion) après au moins 2 semaines de corticothérapie à une dose ≥ 1mg/kg d’équivalent prednisone*
- Corticodépendance \*\*: [ ]  OUI [ ]  NON
 Si oui, seuil de corticodépendance (mg/j) : ………….

*\*\* Perte de réponse complète si RC initiale ou de réponse partielle si RP initiale lors de la décroissance de la corticothérapie, ou rechute de l’AHAI à l’arrêt des corticoïdes*

Réchauffement du patient [ ]  OUI [ ]  NON

Si oui, méthode : ……………………………………………………………………………………………………………………………

Détails : …………………………………………………………………………………………………………………

|  |
| --- |
| **Transfusion de concentré de globules rouges (CGR)** |
| **1ère transfusion** |
| **Date (JJ-MM-YYY)** | I\_\_I\_\_I / I\_\_I\_\_I / I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I |
| **Nombre de CGR transfusés** |  |
| **CGR réchauffés ?*****Seulement si TRANSFUSION coché à la question précédente*** | [ ]  Oui[ ]  Non [ ]  Pas de données |
| **Hémoglobine pré-transfusion (g/dL)** |  |
| **Hémoglobine post-transfusion (g/dL)** |  |
| **2ème transfusion** |
| **Date (JJ-MM-YYY)** | I\_\_I\_\_I / I\_\_I\_\_I / I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I |
| **Nombre de CGR transfusés** |  |
| **CGR réchauffés ?*****Seulement si TRANSFUSION coché à la question précédente*** | [ ]  Oui[ ]  Non [ ]  Pas de données |
| **Hémoglobine pré-transfusion (g/dL)** |  |
| **Hémoglobine post-transfusion (g/dL)** |  |
| **3ème transfusion** |
| **Date (JJ-MM-YYY)** | I\_\_I\_\_I / I\_\_I\_\_I / I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I |
| **Nombre de CGR transfusés** |  |
| **CGR réchauffés ?*****Seulement si TRANSFUSION coché à la question précédente*** | [ ]  Oui[ ]  Non [ ]  Pas de données |
| **Hémoglobine pré-transfusion (g/dL)** |  |
| **Hémoglobine post-transfusion (g/dL)** |  |
| **4ème transfusion** |
| **Date (JJ-MM-YYY)** | I\_\_I\_\_I / I\_\_I\_\_I / I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I |
| **Nombre de CGR transfusés** |  |
| **CGR réchauffés ?*****Seulement si TRANSFUSION coché à la question précédente*** | [ ]  Oui[ ]  Non [ ]  Pas de données |
| **Hémoglobine pré-transfusion (g/dL)** |  |
| **Hémoglobine post-transfusion (g/dL)** |  |
| **5ème transfusion** |
| **Date (JJ-MM-YYY)** | I\_\_I\_\_I / I\_\_I\_\_I / I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I |
| **Nombre de CGR transfusés** |  |
| **CGR réchauffés ?*****Seulement si TRANSFUSION coché à la question précédente*** | [ ]  Oui[ ]  Non [ ]  Pas de données |
| **Hémoglobine pré-transfusion (g/dL)** |  |
| **Hémoglobine post-transfusion (g/dL)** |  |

**Si plus de 5 transfusions, commentaires libres** :

…………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………….

**EVOLUTION BIOLOGIQUE (mettre les valeurs les plus proches temporellement de chaque time point)**

|  |
| --- |
| **Évolution biologique à J7 (7 jours après date de diagnostic de l’AHAI)***Si non disponible, écrire « non disponible »***Date (JJ-MM-YYY) I\_\_I\_\_I / I\_\_I\_\_I / I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I** |
| **Hémoglobine (g/dL)** | ……………………………… | **Réticulocytes (G/L)** | ……………………………… |
| **LDH (UI/L)** | ……………………………… | **Haptoglobine (g/L)** |  |
| **Bilirubine totale (µmol/L)** | ……………………………… | **Bilirubine libre (µmol/L)** |  |
| **Évolution biologique à J14 (14 jours après date de diagnostic de l’AHAI)***Si non disponible, écrire « non disponible »***Date (JJ-MM-YYY) I\_\_I\_\_I / I\_\_I\_\_I / I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I** |
| **Hémoglobine (g/dL)** | ……………………………… | **Réticulocytes (G/L)** | ……………………………… |
| **LDH (UI/L)** | ……………………………… | **Haptoglobine (g/L)** |  |
| **Bilirubine totale (µmol/L)** | ……………………………… | **Bilirubine libre (µmol/L)** |  |
| **Évolution biologique à J21 (21 jours après date de diagnostic de l’AHAI)***Si non disponible, écrire « non disponible »***Date (JJ-MM-YYY) I\_\_I\_\_I / I\_\_I\_\_I / I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I** |
| **Hémoglobine (g/dL)** | ……………………………… | **Réticulocytes (G/L)** | ……………………………… |
| **LDH (UI/L)** | ……………………………… | **Haptoglobine (g/L)** |  |
| **Bilirubine totale (µmol/L)** | ……………………………… | **Bilirubine libre (µmol/L)** |  |
| **Évolution biologique à J28 (28 jours après date de diagnostic de l’AHAI)***Si non disponible, écrire « non disponible »***Date (JJ-MM-YYY) I\_\_I\_\_I / I\_\_I\_\_I / I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I** |
| **Hémoglobine (g/dL)** | ……………………………… | **Réticulocytes (G/L)** | ……………………………… |
| **LDH (UI/L)** | ……………………………… | **Haptoglobine (g/L)** |  |
| **Bilirubine totale (µmol/L)** | ……………………………… | **Bilirubine libre (µmol/L)** |  |
|  |  |  |  |
| **Évolution biologique à 6 semaines (6 semaines après date de diagnostic de l’AHAI)***Si non disponible, écrire « non disponible »***Date (JJ-MM-YYY) I\_\_I\_\_I / I\_\_I\_\_I / I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I** |
| **Hémoglobine (g/dL)** | ……………………………… | **Réticulocytes (G/L)** | ……………………………… |
| **LDH (UI/L)** | ……………………………… | **Haptoglobine (g/L)** |  |
| **Bilirubine totale (µmol/L)** | ……………………………… | **Bilirubine libre (µmol/L)** |  |
| **Évolution biologique à 2 mois (2 mois après date de diagnostic de l’AHAI)***Si non disponible, écrire « non disponible »***Date (JJ-MM-YYY) I\_\_I\_\_I / I\_\_I\_\_I / I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I** |
| **Hémoglobine (g/dL)** | ……………………………… | **Réticulocytes (G/L)** | ……………………………… |
| **LDH (UI/L)** | ……………………………… | **Haptoglobine (g/L)** |  |
| **Bilirubine totale (µmol/L)** | ……………………………… | **Bilirubine libre (µmol/L)** |  |
| **Évolution biologique à 3 mois (3 mois après date de diagnostic de l’AHAI)***Si non disponible, écrire « non disponible »***Date (JJ-MM-YYY) I\_\_I\_\_I / I\_\_I\_\_I / I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I** |
| **Hémoglobine (g/dL)** | ……………………………… | **Réticulocytes (G/L)** | ……………………………… |
| **LDH (UI/L)** | ……………………………… | **Haptoglobine (g/L)** |  |
| **Bilirubine totale (µmol/L)** | ……………………………… | **Bilirubine libre (µmol/L)** |  |

**Si hémolyse persistante après 3 mois, commentaires libres** :

…………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………….

**TRAITEMENTS SPECIFIQUES DE L’INFECTION PAR *MYCOPLASMA PNEUMONIAE***

|  |
| --- |
| **Critères de gravité de l’infection** |
| **Admission en soins intensifs/soins continus/réanimation ?** | [ ]  Oui[ ]  Non |
| **Soins reçus en soins intensifs/soins continus/réanimation ?** | [ ]  Ventilation mécanique[ ]  Ventilation non invasive[ ]  Oxygénothérapie à haut débit (optiflow)[ ]  Amines vasopressives[ ]  Epuration extrarénale |
| **Oxygénothérapie** | [ ]  Oui[ ]  Non |
| **Débit maximal d’oxygène reçu par le patient (L/min)*****Seulement si OUI coché à la question précédente*** | ……………………………… |
|  | ATB ? | Quel ATB ?***Seulement si OUI coché à la question précédente*** | Quel macrolide ?***Seulement si MACROLIDE coché à la question précédente*** | Date début | Date arrêt |
| **1e**  | [ ]  Oui[ ]  Non | [ ]  Beta-lactamines[ ]  Macrolide[ ]  Synergistine (pristinamycine)[ ]  Cycline[ ]  Quinolone[ ]  Autre | [ ]  Azithromycine[ ]  Spiramycine[ ]  Clarithromycine[ ]  Roxithromycine[ ]  Erythromycine |  |  |
| **2e** | [ ]  Oui[ ]  Non | [ ]  Beta-lactamines[ ]  Macrolide[ ]  Synergistine (pristinamycine)[ ]  Cycline[ ]  Quinolone[ ]  Autre | [ ]  Azithromycine[ ]  Spiramycine[ ]  Clarithromycine[ ]  Roxithromycine[ ]  Erythromycine |  |  |
| **3e** | [ ]  Oui[ ]  Non | [ ]  Beta-lactamines[ ]  Macrolide[ ]  Synergistine (pristinamycine)[ ]  Cycline[ ]  Quinolone[ ]  Autre | [ ]  Azithromycine[ ]  Spiramycine[ ]  Clarithromycine[ ]  Roxithromycine[ ]  Erythromycine |  |  |
| **4e** | [ ]  Oui[ ]  Non | [ ]  Beta-lactamines[ ]  Macrolide[ ]  Synergistine (pristinamycine)[ ]  Cycline[ ]  Quinolone[ ]  Autre | [ ]  Azithromycine[ ]  Spiramycine[ ]  Clarithromycine[ ]  Roxithromycine[ ]  Erythromycine |  |  |

**EVOLUTION DU PATIENT**

**Date des dernières nouvelles :** I\_\_I\_\_I / I\_\_I\_\_I / I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I

**Statut du patient aux dernières nouvelles** : □ Vivant □ Décédé

**Statut de l’AHAI aux dernières nouvelles** : □ RP □ RC □ Active

**Statut de l’infection respiratoire par MP aux dernières nouvelles** :

□ Guérit sans séquelles □ Guérit avec séquelles □ Infection encore active

**Traitement en cours de l’AHAI au moment de la dernière visite** : □ Oui □ Non

Si oui, détails : ………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Le test de Coombs a-t-il été refait durant l’évolution ? Si oui, date et résultat** :

**Commentaires libres** :

…………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………….

**ANNEXE**

**Annexe : Critères de réponse au traitement**



**Annexe : Sévérité de l’embolie pulmonaire**

