# 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](mailto: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** :

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

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

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

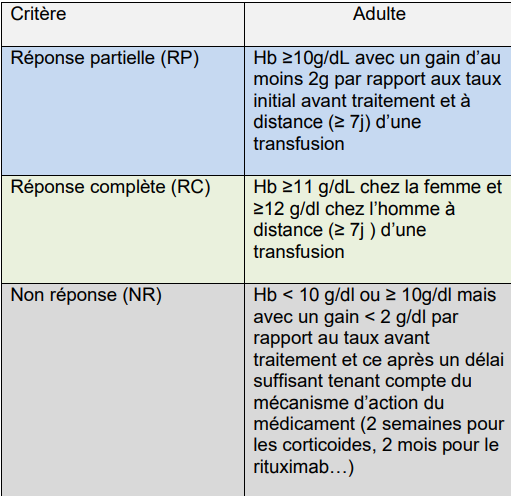
…………………………………………………………………………………………………………………………………….

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

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

**ANNEXE**

**Annexe : Critères de réponse au traitement**



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

Une image contenant texte, reçu, capture d’écran, Police

Description générée automatiquement