

Demande d'avis thérapeutique

Leishmaniose cutanée et/ou muqueuse

"Nous apportons, au sein du **Centre d'Infectiologie Necker-Pasteur**, un conseil diagnostique et thérapeutique aux acteurs médicaux prenant en charge en France les patients atteints de leishmaniose. Ce formulaire vise à valider et compléter les données collectées lors de nos échanges.

Si le/la patient(e) ne s'y oppose pas, ces données pourront être intégrées dans la base de données européenne « LeishMan » mise en place sous l'égide du **Centre National de Référence des Leishmanioses à Montpellier** (direction: Pr Patrick Bastien; expertise typage des souches: Dr Christophe Ravel) et en collaboration avec nos collègues européens.

Pour nous transmettre cette fiche vous pouvez l'envoyer :

- par courrier électronique (**romain.guery@aphp.fr** ou **buffet@ints.fr** avec copie à **cnr-leishmania@chu-montpellier.fr**)
- par courrier papier au Centre Médical de l'Institut Pasteur, 211 rue de Vaugirard, 75015 Paris
- par fax : 0144495440

Si possible accompagnée d'un compte-rendu de consultation ou d'hospitalisation.

Chaque fiche reçue nous aide à contrôler la qualité des données saisies et à améliorer les conseils fournis.

Dossier en main cette fiche est généralement complétée en 5 à 10 minutes.

Nous vous remercions de votre confiance."

Dr Romain Guery, Dr Benoit Henry, Pr Pierre Buffet.

Selon la procédure du CNR les données peuvent être portées de manière codée dans la base de données européenne en lien avec le CNR sous réserve que le patient ne s'y oppose pas et que la mention de cette non-opposition figure dans le dossier.

COORDONNEES DU MEDECIN EN CHARGE DU PATIENT

Nom

Prénom

Téléphone (portable de préférence)

Adresse e-mail

Lieu d'exercice (structure)

Lieu d'exercice (ville)

DONNEES PATIENT

Nom du patient

Prénom du patient

Date de naissance (JJ/MM/AAAA)

Age du patient en années

Sexe

Homme

Femme

Pays de naissance

Pays de résidence (les 12 derniers mois)

Profil du patient

Voyage dans les 2 dernières années ?

oui

non

Lieu du dernier voyage (pays, région) = zone probable de contamination

Date entrée dans le pays pour le dernier voyage (pays, région) (JJ/MM/AAAA sinon mois et année)

Date sortie dans le pays pour le dernier voyage (pays, région) (JJ/MM/AAAA sinon mois et année)

Autres voyages ? Précisez avec le lieu et les dates d'entrée-sorties:

DONNEES CLINIQUES

Date de la demande d'avis (JJ/MM/AAAA)

Date du diagnostic de Leishmaniose (JJ/MM/AAAA)

Comorbidités

Antécédents médicaux notamment immunodépression, diabète, HTA, grossesse en cours, etc..
Préciser les traitements associés (immunosuppresseurs, corticoïdes, etc....)

Antécédents

Traitements notables au long cours

Espèce de Leishmanie connue au moment de la demande d'avis ?

oui non

Si oui, précisez l'espèce :

Nombre de lésions suspectes ?

Autres cas suspects ou confirmés dans l'entourage ?

OUI

NON

Ne sait pas

Précisez

Date de début des symptômes constatés par le patient ou son entourage ? (JJ/MM/AAAA)

Date de la première consultation médicale ? (JJ/MM/AAAA)

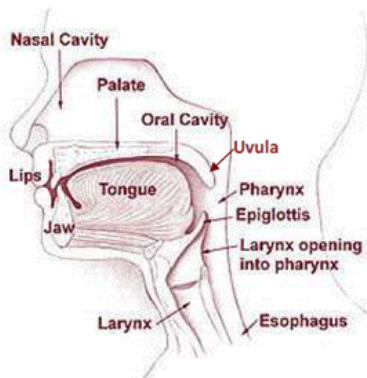
Signes ORL ?

- OUI
- NON
- Ne sait pas

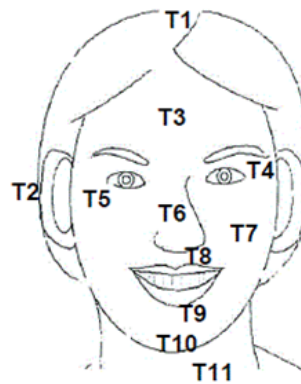
Atteinte muqueuse ?

- OUI
- NON
- Ne sait pas

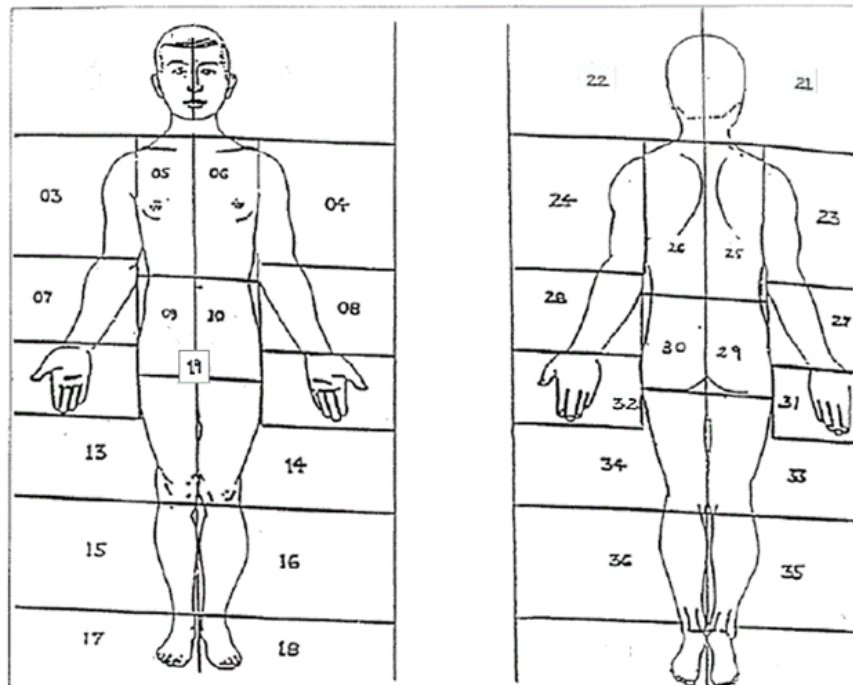
Si OUI précisez (type, durée d'évolution) :



- M1: nasal mucosa
- M2: palate
- M3: uvula
- M4: tongue
- M5: epiglottis
- M6: larynx
- M7: pharynx
- M8: lips and buccal mucosa (except tongue and palate)



- T1: scalp
- T2: ears
- T3: forehead
- T4: upper eyelid
- T5: lower eyelid
- T6: nose (skin)
- T7: cheeks
- T8: upper lip (skin)
- T9: lower lip (skin)
- T10: chin
- T11: neck



Description des 3 lésions cutanées les plus grandes

Lésion 1 Localisation (indiquer le numéro correspondant au schéma) *exemple : lésion du front =T3*

Lésion 1 Type

Lésion 1 Taille de l'ulcération (diamètre le plus grand en mm)

Lésion 1 Taille de l'induration (diamètre le plus grand en mm)

Lésion 2 Localisation (indiquer le numéro correspondant au schéma) *exemple : lésion du front =T3*

Lésion 2 Type

Lésion 2 Taille de l'ulcération (diamètre le plus grand en mm)

Lésion 2 Taille de l'induration (diamètre le plus grand en mm)

Lésion 3 Localisation (indiquer le numéro correspondant au schéma) *exemple : lésion du front =T3*

Lésion 3 Type

Lésion 3 Taille de l'ulcération (diamètre le plus grand en mm)

Lésion 3 Taille de l'induration (diamètre le plus grand en mm)

Lymphangite nodulaire ?

OUI

NON

Ne sait pas

Signes de surinfection bactérienne ? (chaleur/rougeur/oedème/douleur)

OUI

NON

Ne sait pas

Retentissement de sur la qualité de vie ? Évaluation de l'impact psychologique et/ou physique et/ou social

1-Aucun impact

2-Impact moyen (fonctionnement normal la plupart des jours de la semaine)

3-Impact modéré (fonctionnement normal seulement quelques jours par semaine)

4-Impact sévère (fonctionnement altéré tous les jours de la semaine)

	1	2	3	4
Impact sur la qualité de vie ?				

DONNEES THERAPEUTIQUES

Leishmaniose déjà traitée ?

OUI

NON

Ne sait pas

Si oui, détaillez brièvement l'histoire thérapeutique : traitements anti-leishmanies, mais aussi antibiotiques, dermocorticoïdes ou autres avant la confirmation diagnostique

Quel traitement auriez-vous proposé pour l'épisode actuel en l'absence de conseil thérapeutique ? (y compris "ne sait pas", abstention thérapeutique, soins locaux, cryothérapie).

Préciser : le médicament, la voie d'administration : topiques/intra-lésionnelle/IM/IV, la posologie, la durée.

Selon quelles modalités (plusieurs choix possibles) ?

Ambulatoire

Hôpital de jour

Hospitalisation conventionnelle

Ne sait pas

Autre

Quel traitement vous a été proposé au moment de l'avis thérapeutique ?

(y compris abstention thérapeutique, soins locaux, cryothérapie).

Préciser : le médicament, la voie d'administration : topiques/intra-lésionnelle/IM/IV, la posologie, la durée.

Selon quelles modalités (plusieurs choix possibles) ?

Ambulatoire

Hôpital de jour

Hospitalisation conventionnelle

Autre

DONNEES PARASITOLOGIQUES

Un diagnostic parasitologique a-t-il été fait ?

Date du diagnostic parasitologique

- OUI
- NON
- EN COURS
- NE SAIT PAS

Si oui, quel(s) type(s) de prélèvement étai(ent) positif(s) ?

- frottis
- histologie montrant des formes amastigotes
- culture
- PCR
- Autre

Identification de l'espèce ?

Si oui, précisez l'espèce :

- OUI
- NON

Non-opposition du patient ou du tuteur légal à son inclusion (anonymisée) dans la base de données européenne "LeishMan" ?

- ACCORD pour inclusion
- REFUS de l'inclusion
- EN COURS

COMMENTAIRES LIBRES SUR LE DOSSIER

CLIQUER ENSUITE SUR "envoyez le formulaire" ou SINON ENREGISTREZ le au format .pdf et ENVOYEZ le à l'adresse suivante : romain.guery@aphp.fr avec copie à cnr-leishmania@chu-montpellier.fr