



L'observatoire Cepacia

L'observatoire Cepacia a été mis en place en 1993 grâce au financement de l'association Vaincre la Mucoviscidose et au travail du Pr Gérard Chabanon et de son équipe (Toulouse), en collaboration avec les Pr Yvon Michel-Briand (Besançon) et Edouard Bingen† (Paris).

Les souches bactériennes isolées chez les patients sont adressées par les microbiologistes à l'Observatoire cepacia pour analyse moléculaire (identification précise, le complexe cepacia comprenant 20 espèces à ce jour, et génotypage afin de détecter les transmissions croisées) ; cette analyse est réalisée par l'équipe de Toulouse, et complétée si nécessaire par un génotypage spécialisé à Besançon.

Par ailleurs, le recueil des données clinico-biologiques est effectué à partir des déclarations de cas pour toute nouvelle colonisation et d'un questionnaire annuel documentés par les centres de soins, ainsi que des informations du Registre. La saisie des données de l'analyse moléculaire des souches et des résultats des questionnaires est assurée par l'Observatoire cepacia, l'envoi des questionnaires, ainsi que le contrôle qualité des données saisies, par Vaincre la Mucoviscidose.

L'Observatoire est toujours géré par le laboratoire de bactériologie de Toulouse, sous la direction de Hélène GUET-REVILLET.



DÉCLARATION DE CAS DE : COLONISATION RESPIRATOIRE à *Burkholderia* ou bactérie apparentée
 BACTERIEMIE/SEPTICEMIE

IDENTITE DU PATIENT

Nom usuel : _ _ _ Nom de naissance : _ _ _ Prénom _ _ _ Sexe _ Né(e) le _ _ _ _ _
3 premières lettres du nom 2 premières lettres du prénom

CAS DE MUCOVISCIDOSE DANS LA FRATRIE ? Non Oui Si oui :

	FRATRIE 1	FRATRIE 2	FRATRIE 3
Nom / Prénom	_ _ _ / _ _	_ _ _ / _ _	_ _ _ / _ _
Date de naissance	_ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _
Décès	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Si oui : année du décès :	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _
Colonisé <i>Burkholderia</i> ou apparenté	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Année de primocolonisation	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _
Espèce	_____	_____	_____

SI DECLARATION DE COLONISATION RESPIRATOIRE, préciser :

Espèce	<input type="checkbox"/> <i>Burkholderia</i> cplex cepacia	<input type="checkbox"/> <i>Burkholderia</i> <i>gladioli</i>	<input type="checkbox"/> <i>Ralstonia/</i> <i>Cupriavidus</i>	<input type="checkbox"/> <i>Pandoraea</i>	<input type="checkbox"/> <i>Inquilinus</i>	<input type="checkbox"/> <i>Burkholderia</i> <i>pseudomallei</i>	<input type="checkbox"/> autre: _____
Date de primocolonisation							
Recolonisation ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui

Un traitement d'éradication a-t-il été initié? Non Oui Si oui : date de début : _ _ _ _ _ Durée : _____
Nature : _____

Co-colonisations Néant *Pyo* *S. aureus* *H. influenzae* *Achromobacter*
 S. maltophilia *Aspergillus* Autres : _____
Date du 1^{er} isolement : _ _ _ _ _

SI DECLARATION DE BACTÉRIÉMIE/SEPTICÉMIÉ, préciser : (à déclarer même si la colonisation respiratoire a déjà été déclarée)

Date(s) : _ _ _ _ _ Nombre d'hémocultures positives : _____ Espèce _____

Antibiothérapie prescrite : _____

Evolution clinique : Favorable Décès date : _ _ _ _ _

Merci de nous faire parvenir toute souche issue d'hémoculture

PATIENT TRANSPLANTE

NON OUI

Destinataire : Hélène GUET-REVILLET
Laboratoire de Bactériologie-Hygiène
Institut Fédératif de Biologie – Hôpital Purpan
330, avenue de Grande Bretagne – TSA 40031
31059 TOULOUSE CEDEX 9
Tél 05 67 69 04 07 Fax 05 67 69 04 83
E-Mail : GUET-REVILLET.H@chu-toulouse.fr

Expéditeur :
Renseigné par : _____
Centre de soins : _____
Tel : _____ Fax : _____
E-mail : _____



OBSERVATOIRE CEPACIA

Hélène GUET-REVILLET

Laboratoire de Bactériologie-Hygiène

Institut Fédératif de Biologie - Hôpital Purpan

330, avenue de Grande Bretagne - TSA 40031 - 31059 Toulouse cedex 09

Tél. : 05 67 69 04 28 - Fax : 05 67 69 04 83 - E-mail : GUET-REVILLET.H@chu-toulouse.fr

Fiche de demande d'analyse de souche

Si vous adressez plusieurs souches issues d'un même prélèvement, merci de remplir une fiche par souche. Tous les items d'état civil doivent impérativement être documentés.

PATIENT	Cadre réservé à l'Obs. cepacia
<p>NOM (3 premières lettres) _ _ _</p> <p>PRENOM (3 premières lettres) _ _ _</p> <p>Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F</p> <p>Né(e) le _ _ _ _ _</p> <p>Mucoviscidose <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>Demandeur : ATOU51 (Obs. cepacia)</p> <p>Code prélèvement : MIQC</p> <p>Numéro souche OBC :</p> <div data-bbox="805 827 1383 1079" style="background-color: #cccccc; text-align: center; padding: 10px;"><p><i>Etiquette N° de demande</i></p></div>
<p>PATIENT TRANSFERE D'UN AUTRE CENTRE (MUCOVISCIDOSE)</p> <p><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Lequel ? :</p>	
PRELEVEMENT	Joindre une copie du résultat bactériologique
<p>Date _ _ _ _ _ Votre n° de dossier</p> <p>SOUCHE N° :(si plusieurs souches issues d'un même prélèvement)</p> <p><input type="checkbox"/> Expectoration <input type="checkbox"/> Hémo-culture <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Primocolonisation <input type="checkbox"/> Colonisation connue <input type="checkbox"/> surveillance systématique</p> <p><input type="checkbox"/> changement de phénotype</p> <p><input type="checkbox"/> Problème d'identification</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
Souche adressée par :	Clinicien correspondant :