Réseau Crypto ANOFEL - Bilan de l’année 2019

**A renvoyer par mail ou par fax à L. Favennec**

**Courriel : loic.favennec@chu-rouen.fr**

**Fax: 0232886875**

**Pour le 1er mars 2020 au plus tard. Merci**

**Identification du laboratoire**: ……… ……………………

**Nom du correspondant**: ……………

Du 1er janvier 2019 au 31 décembre 2019, ……….. fiche(s) de notification de cas d’infection à *Cryptosporidium* avec ou/et sans isolat a (ont) été déclarées sur le site.

Merci de compléter le tableau ci-dessous en reprenant la liste anonymisée de vos cas/isolats et en indiquant le statut immunitaire du patient :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Code du cas | Avec ou sans isolat | Statut immunitaire du patient  (A, B, C, D, Eou F) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

A : sérologie HIV + (préciser si possible le nombre de CD4/mm3 au moment du diagnostic)

B : greffés rénaux ; C : autre greffe d’organe ; D : greffé de moelle osseuse ; E :autres (préciser si possible)

F : sujet immunocompétent

Nombre total d’examens parasitologiques des selles pratiqués : …….

correspondant à ……. patients

Nombre total de recherche de Cryptosporidies (prescrit explicitement ou non) : …….

correspondant à ……. patients

Nombre total des cas de Cryptosporidioses diagnostiqués : …….

correspondant à …….patients

Nombre total des cas de Giardioses diagnostiqués : …….

correspondant à …….patients

Nombre total des cas d’Isosporoses diagnostiqués : …….

correspondant à …….patients

Nombre total de recherche de Cyclospora (prescrit explicitement ou non) : …….

correspondant à ……. patients

Nombre total des cas de Cyclosporoses diagnostiqués : …….

correspondant à …….patients

Nombre total des cas de Blastocystoses diagnostiqués : …….

correspondant à …….patients

Nombre total de recherche de microsporidies (prescrit explicitement ou non) : …….

correspondant à ……. patients

Nombre total des cas de Microsporidioses diagnostiqués :……….

correspondant à ……….patients

Commentaires éventuels:

Nom de la personne ayant rempli ce document :

Fait le :