**Numéro de patient :**

**(2 1ères lettre nom ; 1ère lettre prénom ; année de naissance)**

Centre :

Criteres d’inclusion :

❑ scanner thoracique confirmant les bronchectasies

❑ patient âgé de plus de 18 ans

❑ absence de mucoviscidose connue

❑ absence d’antécédent de transplantation cardiaque ou pulmonaire

❑ consentement signé

**Date de signature du consentement :**

**Date de naissance :**

**Date de la visite**

**Depuis combien de temps le patient est-il porteur de bronchectasies ?**

□ inconnu

□ < 5 ans

□ 5-9 ans

□ 10-14 ans

□ 15-20 ans

 □ > 20 ans

**Comorbidités**

* Maladie cardiovasculaire □oui □non □ inconnu

Si oui :

Nécrose myocardique □oui □non □ inconnu

Angor □oui □non □ inconnu

AVC ou AIT □oui □non □ inconnu

Pontage coronarien □oui □non □ inconnu

Insuff cardiaque congestive □oui □non □ inconnu

Hypertension pulmonaire □oui □non □ inconnu

Fibrillation auriculaire □oui □non □ inconnu

Autres ……………………

* Cirrhose Hépatique □oui □non □ inconnu
* Ostéoporose □oui □non □ inconnu
* Dépression □oui □non □ inconnu
* Anxiété □oui □non □ inconnu
* insuff rénale chronique □oui □non □ inconnu

Si oui :

Hémodialyse □ oui □ non □ inconnu

* Néoplasie □ oui □ non □ inconnu

Si oui :

Active □ oui □ non □ inconnu

 Hématologique □ oui □ non

 Site □ poumon □ sein □ prostate

 □ colon □ pancreas □ os

 □ peau □ cerveau □ autre

 □ inconnu

* Diabète □ oui □ non □ inconnu

Si oui :

 Type : □ Type I □ Type II □ inconnu

 Traitement □ Insuline □ Metformine □ sulfamides

 □ Autre □ inconnu

***Antécédent d’hépatite C □ oui □ non □ inconnu***

**Traitements concomitants (hors respiratoires)**

Statines □ oui □ non □ inconnu

inhib de l’enz de conversion de l’angiotensine □ oui □ non □ inconnu

Antagonistes de l’angiotensine II, □ oui □ non □ inconnu

Aspirine □ oui □ non □ inconnu

Anti agrégant plaquettaire autres (type clopidogrel) □ oui □ non □ inconnu

Warfarine/anticoagulants oraux □ oui □ non □ inconnu

βBloquants □ oui □ non □ inconnu

Inhibiteur de pompe à protons □ oui □ non □ inconnu

Les autres traitements sont cités dans la section traitements respiratoires

**Données EFR de base**

Poids (kg) □ NA taille (cm) □ NA

BMI (auto calculé ds eCRF)

FEV1 litres (mesuré) □ NA FVC litres (mesurée) □ NA

FEV1 (% valeur prédite) □ NA FVC (% valeur prédite) □ NA

Conditions de réalisation □ avant bronchodilatation

 □ après bronchodilatation

 □ inconnu

(si possible, les valeurs post BD sont préférées)

D’autres mesures ont-elles été effectuées ? □ oui □ non □ inconnu

Si oui,

Capacité pulmonaire totale,CPT (litres) □ NA DLCO (litres) □ NA

Volume résiduel VR (en litres) □ NA capacité inspiratoire (litres) □ NA

**Score de dyspnée modifié mMRC :**

 □ 0 □ 1 □ 2 □ 3 □ 4 □ NA



**Asthme** □ oui □ non □ inconnu

**BPCO** □ oui □ non □ inconnu

**Polypes nasaux** □ oui □ non □ inconnu

**Rhinosinusite chronique** □ oui □ non □ inconnu

**Tabagisme** □ actif □ ex fumeur □ non fumeur

Nombre de paquets années :…

□ 0… □ 21-40

□ 0-4 □ > 40

□ 5-9 □ inconnu

□ 10-20

**Couleur expectoration en état stable**  □ mucoïde □ mucopurulent □ purulent □ inconnu

Dans le courant de l’année passée :

Nb exacerbations traitées au domicile l’an passé:

Source de l’info □ histoire patient

 □ Prescriptions médicamenteuses

 □ Données hospitalières

Nb d’exacerbations justifiant une hospitalisation l’an passé : …………….

Source de l’info □ histoire patient

 □ Prescriptions médicamenteuses

 □ Données hospitalières

Nombre de consultations aux urgences l’an passé

Source de l’info □ histoire patient

 □ Prescriptions médicamenteuses

 □ données hospitalières

Le patient a-t-il déjà été hospitalisé pour DDB ? □ oui □ non □ inconnu

Le patient a-t-il déjà reçu des antibiotiques IV hors hospitalisation l’an passé ?

□ oui □ non □ inconnu

Le patient a-t-il déjà été hospitalisé pour hémoptysie sévère ?

□ oui □ non □ inconnu

Le patient a-t-il déjà participé à un essai clinique pour DDB (en dehors du registre) ?

□ oui □ non □ inconnu

Questionnaire de qualité de vie ci-joint (date de remplissage)

**Recherche étiologique**

**ABPA**  **OUI**  **NON**

*Si OUI;*

- éosinophiles Sérum □ élevée □ normale □ NF ***valeur absolue…. Ou %***

- IgE totales\_iu/mL □ élevée □ normale □ NF ***valeur…. UI/l***

- RAST aspergillus □ élevée □ normale □ NF ***valeur……..UI/l***

- sérologie aspergillaire □ élevée □ normale □ NF ***technique ELISA ….. ou IEP ….***

- Tests cutanés aspergillaires □ positif □ negatif □ NF □ ***non disponible***

**Mucoviscidose**  **OUI**  **NON**

*si oui ;*

- test de la sueur □ positif □ intermédiaire □ négatif □ NF

***Valeur …….. technique …………………………………………..***

- Génétique □ Homozygote □ Hétérozygote □ 0 mutation □ NF

***Mutations isolées : mutation 1 Mutation 2***

**Immunoglobulines sériques**  **OUI**  **NON**

*Si OUI*

- IgM Normal □ bas □ haut □NF

- IgG Normal □ bas □ haut □NF

- IgA Normal □ bas □ haut □NF

- IgG1 Normal □ bas □ haut □NF

- IgG2 Normal □ bas □ haut □NF

- IgG3 Normal □ bas □ haut □NF

- IgG4 Normal □ bas □ haut □NF

**Dosage α-1 antitrypsine Oui non**

*Si oui*

- Normal  bas  haut NF ***valeur…………..***

- Génétique  PiMM (Normal)  PiMS  PiSS  PiMZ  PiSZ  PiZZ  Non fait

**Recherche Ac vaccinaux Pneumococcal/H. influenzae**  **OUI**  **NON**

*Si oui*

-  normal anormal

**Electrophorèse des protides**  **OUI**  **NON**

*Si oui*

Normal  Anormal

**Recherche dyskinésie ciliaire**  **OUI**  **NON**

*Si oui*

- NO nasal exhalé  normal  intermédiaire  bas  non fait ***si fait, valeur…………***

- Biopsie pour analyse battement ciliaire en M.O. (aspect, fréquence battements)

 normal  intermédiaire  bas  non fait

- Biopsie pour microscopie électronique  normal intermédiaire bas non fait

- Enquête génétique normal intermédiaire bas non fait

**Bronchoscopie**  **OUI**  **NON**

 **Obstruction**  **OUI**  **NON**

**Recherche d’auto anticorps**  **OUI**  **NON**

**Si oui**

- CCP  normal  intermédiaire  négatif  non fait  DM

- ANA  normal  intermédiaire  négatif  non fait  DM

- ENA  normal  intermédiaire  négatif  non fait  DM

- ANCA  normal  intermédiaire  négatif  non fait  DM

- Autres tests \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Le patient a-t-il des antécédents de :**

**Pneumonie**  **OUI**  **NON**

**Coqueluche**  **OUI**  **NON**

**Autres infections respiratoires de l’enfance**  **OUI**  **NON**

**Tuberculose**  **OUI**  **NON**

*Si oui*

- traitement en cours  **OUI**  **NON**

- traitement reçu  **OUI**  **NON** ** DM**

**Infection à mycobactérie atypique**  **OUI**  **NON  DM**

*Si oui*

- Infection  actuelle  ancienne

- Traitement reçu  **OUI**  **NON  DM**

**Polyarthrite rhumatoïde  OUI  NON  DM**

**Autre connectivite**

*Si oui*

Lupus érythémateux disséminé ****

Syndrome de Sjögren ****

Sclérodermie ****

Poly/dermatopolymyosite ****

Sd d’Elhers-Danlos ****

Arthrite juvénile idiopathique ****

Connectivite mixte ****

Polychondrite ****

Maladie de Still ****

Autre ****

Indéterminée ****

**Maladie inflammatoire digestive  OUI  NON  inconnu**

Si oui;

- rectocolite hémorragique ** OUI  NON**

- maladie de Crohn ** OUI  NON**

**VIH  OUI  NON  DM**

**Déficit immunitaire  OUI  NON  inconnu**

 Déficit B lymphocytaire ****: type…..

 Déficit T lymphocytaire ou combiné ****: type….

Déficit de la phagocytose **** type….

Déficit du complément **** type….

Déficit immunitaire secondaire ** OUI  NON**

LLC ****

Myélome multiple ****

Hémopathie maligne ****

Chimiothérapie ****

Traitement immunosuppresseur ****

 ***Mycophenolate mofetil  OUI  NON***

Transplantation de moelle osseuse ****

Transplantation d’organe solide (hors cœur et poumon) ****

Autres ****

**Dyskinésie ciliaire primitive**  ** OUI  NON**

**Inhalation  OUI  NON**

**RGO  OUI  NON**

**Anomalie congénitale des voies aériennes  OUI  NON**

SI OUI laquelle ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Inhalation de corps étranger ou obstruction  OUI  NON**

**Après investigation le diagnostic étiologique retenu est :**

 Idiopathique

 Post-infectieux

 Post-tuberculeux

 ABPA

 Polyarthrite rhumatoïde

 Connectivite

 Maladie inflammatoire digestive

 Inhalation

 RGO

 Mycobactérie atypique

 BPCO

 Asthme

 Dyskinésie ciliaireprimitive

 Sd de Kartagener

 Sd de Young

 Déficit en α1 anti-trypsine

 Déficit immunitaire commun variable

 Agammaglobulinémie liée à l’X

 Déficit en IgA

 Déficit en sous classes d’Ig

 Déficit spécifique en anticorps

 Infection à VIH

 Sd de Williams-Campbell

 Sd de Marfan

 Sd de Mounier Kuhn

 Sd des ongles jaunes

 Infection à HTLV-1

 Maladie chronique pulmonaire d’origine néonatale

 Ventilation néonatale pour prématurité

 Maladie rose (maladie de Swift-Feer) par exposition infantile au mercure

Autre étiologie (à préciser) : ………………………………………………………………

**MICROBIOLOGIE**

**Des prélèvements microbiologiques ont-ils été obtenus chez le patient ?  OUI  NON**

***Joindre tous les résultats microbiologiques réalisés en état stable ou en exacerbation***

**En état stable**

**(Résultats des prélèvements microbiologiques réalisés en état stable au cours des 12 derniers mois)**

Date du prélèvement (mois/année) ……/…….  DM

Origine  expectoration

 *** aspiration trachéale***

  LBA

 Expectoration induite

 Ecouvillonnage gorge

 absence de germe

 germe 1 ……………………………..antibiogramme (pour chaque antibiotique testé S-R-DM)

 germe 2 ……………………………...antibiogramme

 autre germe

 mycologie

Pseudomonas a-t-il déjà été isolé chez le patient ?  OUI  NON  DM

Si oui,

A quand remonte le dernier prélèvement positif  à *Pseudomonas aeruginosa*?

 actuellement

 au cours des 2 dernières années

 au cours des 5 dernières années

 au cours des 10 dernières années

 il y a plus de 10 ans

Type de souche  mucoïde  non mucoïde  DM

Le patienta-t-il déjà reçu une antibiothérapie nébulisée, orale ou parentérale afin d’éradiquer *Pseudomonas aeruginosa ?*  OUI  NON  DM

**En exacerbation**

(résultats des prélèvements microbiologiques au cours des exacerbations des 12 derniers mois)

Date du prélèvement (mois/année) ……/…….  DM

Origine  expectoration

 *** aspiration bronchique***

  LBA

 Expectoration induite

 Ecouvillonnage gorge

 absence de germe

 germe 1 ……………………………..antibiogramme (pour chaque antibiotique testé S-R-DM)

 germe 2 ……………………………...antibiogramme

 autre germe

 mycologie

**Recherche de mycobactéries**

(résultats de tous les prélèvements effectués au cours des 12 derniers mois)

Date de prélèvement (mois/année)  DM

Origine  expectoration

 *** aspiration bronchique***

  LBA

 Expectoration induite

 Ecouvillonnage gorge

 Stérile

 BAAR isolé ………………………….

**RADIOLOGIE**

Un **scanner thoracique** est-il disponible pour ce patient ?  OUI  NON

**(Attention un scanner TDM thoracique est requis pour toute inclusion dans EMBARC)**

***Lieu de stockage du TDM :  reseau hospitalier  dossier personnel patient***

Si oui date du scanner ……………………(j/m/A)  DM

Type de TDM  HRCT scan

  CT scan

  DM

Lobe supérieur droit (1 seul type dominant)  DDB absentes

  DDB cylindriques

  DDB variqueuses

  DDB kystiques

  DM

**Lobe moyen droit** (1 seul type dominant)  DDB absentes

  DDB cylindriques

  DDB variqueuses

  DDB kystiques

  DM

**Lobe inférieur droit** (1 seul type dominant)  DDB absentes

  DDB cylindriques

  DDB variqueuses

  DDB kystiques

  DM

**Lobe supérieur gauche** (1 seul type dominant)  DDB absentes

  DDB cylindriques

  DDB variqueuses

  DDB kystiques

  DM

**Lingula** (1 seul type dominant)  DDB absentes

  DDB cylindriques

  DDB variqueuses

  DDB kystiques

  DM

**Lobe inférieur gauche** (1 seul type dominant)  DDB absentes

  DDB cylindriques

  DDB variqueuses

  DDB kystiques

  DM

**TRAITEMENTS A VISEE RESPIRATOIRE**

Le patient reçoit-il régulièrement des traitements à visée respiratoire ? ** OUI  NON**

**Si oui,**

Oxygénothérapie de longue durée :  OUI  NON  DM

Ventilation non invasive :  OUI  NON  DM

**Traitements à visée respiratoire**

**** Corticostéroïdes inhalés DCI= ………………………………

**** Corticostéroïdes inhalés/bêta2-mimétique de longue durée d’action DCI=……………………………….

**** Itraconazole DCI=……………………………….

**** Antileucotriènes DCI=………………………………

****Anticholinergiques de longue durée d’action DCI= ………………………………

**** Bêta2 de longue durée d’action DCI=……………………………….

**** Corticothérapie orale prolongée (>28 jours) DCI=……………………………….

**** Anticorps monoclonaux DCI=……………………………….

**** Mucolytiques DCI=……………………………….

**** Bronchodilatateurs nébulisés DCI=……………………………….

**** Théophylline orale DCI=……………………………….

**Antibiotiques**

**** Antibiotiques inhalées/nébulisés DCI= ………………………………

**** Antibiothérapie orale prolongée (>28 jours) DCI= ………………………………

 Rotation d’antibiotiques DCI= ………………………………

**Aides au drainage**

**** DNAse

 Mannitol inhalé

 Serum salé hypertonique

 serum salé isotonique

**Vaccinations**

Le patient a-t-il déjà reçu ?

Un vaccin polysaccharidique (Pneumo 23®) ** OUI  NON  DM**

Un vaccin anti-pneumococcique conjugué (Prevenar 13®)  ** OUI  NON  DM**

L’an passé, le patient a-t-il été vacciné contre la grippe ? ** OUI  NON  DM**

**Physiothérapie et activité**

Le patient fait-il une kinésithérapie respiratoire de drainage régulière ? ** OUI  NON  DM**

**Technique de drainage manuelle ?**

**** active cycle of breathing technique (ACBT)

  drainage autogène

  drainage de posture

  toux dirigée

  vibrations manuelles

  percussion-clapping

 ELTGOL

  exercice physique régulier

  Aucune technique

**Aide instrumentale ?**

 pression expiratoire positive (PEP)

 flutter

 cornet

 acapella

 vibrations mécaniques = vibromasseur

 percussionaire

 oscillations thoraciques à haute fréquence,VEST

 autres

 aucune aide

**Le patient a-t-il déjà bénéficié d’une réhabilitation respiratoire ?**

 oui

 non indiquée

 non en raison des comorbidités

 refus du patient

 impossible à organiser

 DM

**AUTRES INFORMATIONS PERTINENTES (texte libre)**