**Numéro de patient :**

**(1ère lettre nom ; 1ère lettre prénom ; année 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 renale chronique □oui □non □ inconnu

Si oui :

Hemodialyse □ oui □ non □ inconnu

* Neoplasie □ oui □ non □ inconnu

Si oui :

Active □ oui □ non □ inconnu

Hematologique □ oui □ non

Site □ poumon □ sein □ prostate

□ colon □ pancreas □ os

□ peau □ cerveau □ autre

□ inconnu

* Diabete □ oui □ non □ inconnu

Si oui :

Type : □ Type I □ Type II □ inconnu

Traitement □ Insuline □ Metformine □ sulfamides

□ Autre □ inconnu

**Traitement 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

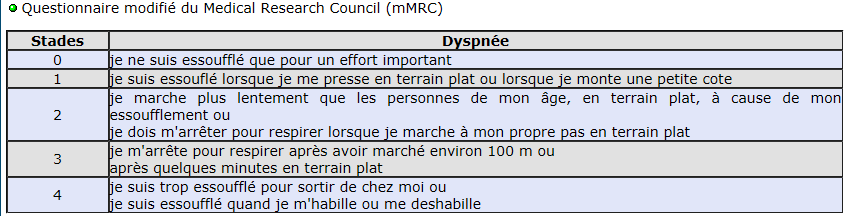
βBloquants □ oui □ non □ inconnu

Inhibiteur de pompe à protons □ oui □ non □ inconnu

Les autres traitements sont cités dans la section traitements respiratoires

**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 □ > u40

□ 5-9 □ inconnu

□ 10-20

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

Photos couleurs capture écran

Dans le courant de l’année passée :

Nb exacerbations traitees 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 antibiotqiues 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 yes;*

- éosinophiles Serum □ élevée □ Normale □ NF

- IgE tot\_\_\_\_\_\_iu/mL □ élevée □ normale □ NF

- RAST aspergillus □ élevée □ Normale □ NF

- sérologie aspergillaire □élevée □ Normale □NF

**mucoviscidose Oui NON**

*si oui ;*

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

- Génétique □ Homozygote □Hétérozygote □ 0 mutation □NF

**Immunoglobulines sériques OUI NON**

*Si OUI*

- Ig M 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

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

**Recherche Ac vaccinaux Pneumococcal/H influenza**  **OUI**  **NON**

*Si oui*

-  normal anormal

**Electrophorese des protides**  **OUI**  **NON**

*Si oui*

Normal  Anormal

**Recherche dyskinesia ciliaire**  **OUI**  **NON**

*Si oui*

- NO nasal exhale  normal  intermediaire  bas  non fait

- Biopsie pour analyse battement ciliaire en mo (aspect, frequence battements)

 normal  intermediaire  bas  non fait

- Biopsie pour microscopie electronique  normal intermediaire bas non fait

- enquete genetique normal intermediaire bas non fait

**Bronchoscopie**  **OUI**  **NON**

**Obstruction**  **OUI**  **NON**

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

**Si oui**

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

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

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

- ANCA normal intermediaire 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 mycobacterie 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 Sjogren ****

Sclérodermie ****

Poly/dermatopolymyosite ****

Sd d’Elhers-Danlos ****

Arthite juvenile idiopathique ****

Connectivite mixte ****

Polychrondrite ****

Maladie de Still ****

Others ****

Unknown ****

**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 combine ****: type….

Déficit de la phagocytose **** type

Déficit du complément **** type

Déficit immunitaire secondaire ** OUI  NON**

LLC ****

Myélome multiple ****

Hémopathie maligne ****

Chimiothérapie ****

Traitement immunosuppresseur ****

Transplantation de moelle osseuse ****

Transplantation d’organe solide ****

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 rhumatoide

 Connectivite

 Maladie inflammatoire digestive

 Inhalation

 RGO

 Mycobactérie atypique

 BPCO

 Asthme

 Dyskinésie ciliaire-primitive

 Sd de Kartagener

 Sd de Youngs

 Deficit en a1 anti-trypsine

 Déficit immuniatire 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**

**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

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  mucoide  non mucoide  DM

Le patienta-t-ild éjà reçu une antibiothérapie nébulisée, ou 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

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

LBA

 Expectoration induite

 Ecouvillonnage gorge

 Stérile

 BAAR isolé ………………………….

**RADIOLOGIE**

UN CT scan est-il disponible pour ce patient ?  OUI  NON

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

Si oui date du TDM ……………………(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**

The 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 inhalé/beta2 de longue durée d’action DCI=……………………………….

**** Itraconazole DCI=……………………………….

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

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

**** beta2 de longue durée d’action DCI=……………………………….

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

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

**** Mucolytiques DCI=……………………………….

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

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

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

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

 rotation d’antibiotiques DCI= ………………………………

**Aides au drainage**

**** DNAse

 mannitol inhalé

 Serum salé hypertonique

**Antibiotiques**

 Serum salé isotonique

 Acide hyaluronique

**Vaccinations**

Le patient a-t-il déjà été reçu ?

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

Un vaccin anti-pneumococcique conjugué  ** 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 (anglais)

 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)**