



Date de présentation souhaitée :

Identité et mail du médecin demandeur de l'avis :

**Identité du patient**

Nom : Prénom : Sexe : Age : Poids :

**Histoire succincte de la maladie****Nature de l'infection**Type(s) d'infection(s) suspectée(s) :  EI sur valve prothétique  EI sur valve native  autre infection de matérielLieu d'acquisition de l'infection :  liée aux soins  communautaire

Porte d'entrée suspectée :

Localisation :  aortique  mitrale  tricuspide  pulmonaire  matériel de stimulation**Echocardiographie (joindre compte rendu)  ETT  ETO**Données échographiques :  végétation (taille : mm)  fuite (grade : )  abcès  désinsertion  autres**Imagerie**Type d'imagerie :  TDM  IRMRésultats imagerie : Emboles  extra-cérébraux  cérébraux  absence

Localisation des emboles :

TEP-Scanner :  non  oui

Résultats TEP-Scanner :

**Biologie (dernier bilan disponible)**

Globules blancs (G/L) = CRP (mg/L) = Créatinine (μmol/L) =

**Microbiologie (joindre antibiogramme) et traitements anti-infectieux**

Micro-organisme(s) :

Site d'isolement :  Hémoculture  Autres

Traitement en cours :

Administration d'aminosides :  oui, pour quelle durée : jours  non**Questions posées à la RCP**

- 1-
- 2-
- 3-

**RCP Endocardites**

Chaque jeudi 16h00 visioconférence 83602

Sites : Saint-André – Pellegrin – Groupe Sud

Tel : 05 56 79 58 30 Fax : 05 56 79 47 71

[endocardites.aquitaine@gmail.com](mailto:endocardites.aquitaine@gmail.com)[www.endocardites-aquitaine.fr](http://www.endocardites-aquitaine.fr)IP [83602@194.167.180.34](tel:05567918034) (sites extérieurs CHU)