

## Avis pour *Clostridioides difficile*

Appel reçu par

Date

### Patient :

Nom :

Prénom :

Né(e) le :

IPP :

Poids :

Taille :

Adresse :

Tel

N° sécurité sociale :

### Médecin demandeur :

Nom/Prénom :

Service

Email :

Tél (obligatoire / pas de DECT) :

Antécédents/terrain :

Histoire de la maladie :

### 1<sup>er</sup> épisode :

Date :

Antibiothérapie favorisante : oui  non  si oui laquelle/contexte :

Présentation clinique :  ICD grave : oui  non

Date de la copro :

GDH ?  Toxines ?  Culture ?  Endoscopie ?

Laboratoire réalisant la copro :

Traitement 1<sup>ère</sup> ligne :  Durée :

Efficacité ? oui  non  si non traitement de 2<sup>ème</sup> ligne ?

### 2<sup>ème</sup> épisode :

Date :

Antibiothérapie favorisante : oui  non  si oui laquelle/contexte :

Présentation clinique :  ICD grave : oui  non

Date de la copro :

GDH ?  Toxines ?  Culture ?  Endoscopie ?

Laboratoire réalisant la copro :

Traitement 1<sup>ère</sup> ligne:  Durée :

Mesures associées :

Efficacité ? oui  non  si non traitement de 2<sup>ème</sup> ligne ?

**3<sup>ème</sup> épisode :**

Date :

Antibiothérapie favorisante : oui  non  si oui laquelle/contexte :

Présentation clinique :  ICD grave : oui  non

Date de la copro :

GDH ?  Toxines ?  Culture ?  Endoscopie ?

Laboratoire réalisant la copro :

Traitement 1<sup>ère</sup> ligne:  Durée :

Mesures associées :

Efficacité ? oui  non  si non traitement de 2<sup>ème</sup> ligne ?

**4<sup>ème</sup> épisode :**

Date :

Antibiothérapie favorisante : oui  non  si oui laquelle/contexte :

Présentation clinique :  ICD grave oui  non

Date de la copro :

GDH ?  Toxines ?  Culture ?  Endoscopie ?

Laboratoire réalisant la copro :

Traitement 1<sup>ère</sup> ligne:  Durée :

Mesures associées :

Efficacité ? oui  non  si non traitement de 2<sup>ème</sup> ligne ?

**X<sup>ème</sup> épisode :**

Date :

Antibiothérapie favorisante : oui  non  si oui laquelle/contexte :

Présentation clinique :  ICD grave : oui  non

Date de la copro :

GDH ?  Toxines ?  Culture ?  Endoscopie ?

Laboratoire réalisant la copro :

Traitement 1<sup>ère</sup> ligne:  Durée :

Mesures associées :

Efficacité ? oui  non  si non traitement de 2<sup>ème</sup> ligne ?

**Situation actuelle :**

Traitement en cours :

Mesures associées :

Situation clinique :

**Conduite à tenir :**

Examens complémentaires proposés ? oui  non  si oui lesquels ?

Prise en charge immédiate proposée :

Indication à une transplantation de microbiote fécale ? oui  non  à discuter

Si oui, laquelle :

Précisions :

**ICD récidivante : Récidive symptomatique (exclusion des contrôles « systématiques » non indiqués) dans les 2 mois suivant l'arrêt du traitement de l'ICD (Flagyl/vanco/difclir) sans nouvelle prise d'ATB déclencheur. Indication TMF à partir de la 2<sup>ème</sup> récurrence (3<sup>ème</sup> épisode consécutif).**

Date TMF :