**REUNION DE CONCERTATION PLURIDISCIPLINAIRE**

**Endocardites Infectieuses et Infections de matériel cardiaque implantable**

**Date :**

**Nom prénom date de naissance service**

**Créatinine**

**Allergie :**

**Antécédents significatifs :**

**Histoire de la maladie :**

**Valve prothétique (type/date chirurgie) :**

**PM/DAI : Date implantation :**

**Antibiothérapie en cours : J0 AB : Voie d’abord (VVP, Picc line..) :**

**ETT (date):**

**ETO (date):**

**Examens complémentaires :**

**TDM TAP :**

**TDM cérébral**

**IRM cérébrale**

**Spondylodiscite**

**Autres localisations secondaires :**

**TEP scanner :**

**Bilan dentaire :**

**Autres :**

**Germe :**

Si streptocoque : CMI : pénicilline G Amoxicilline C3G

Si Staphylocoque résistant à l’oxacilline : CMI daptomycine ceftaroline

**Hémocultures de contrôle :** faites oui/non résultats :

**Culture valve/matériel :**

**Bilan EI à hémocultures négatives :**

Sérologies C*oxiella burnetii, Bartonella henselae* et *quintana, Brucella*

PCR Whipple (sang, selles, salive, +/- LCR)

*Si contexte particulier :* Anticorps antiphospolipides/RAC

IgE totales et Ac anti alpha GAL (« allergie » bioprothèse)

**PROPOSITION DE LA RCP :**

**Diagnostic retenu:**

***Conduite à tenir proposée :***

**Contrôle ETT/ETO :**

**Suivi Maladies infectieuses :**

**Examen(s) complémentaire(s) à prévoir :**

**Antibiothérapie (molécule(s) et durée) :**

**Indication chirurgicale CCV :**

**Autres (transfert CHU, avis UMG…)**:

**Si non fait : Bilan/Soins dentaires à prévoir quelque soit le germe responsable. (porte d’entrée/prévention récidive EI) :**

**Infection liée aux soins (à déclarer) :** oui/non