**1. Connaissez vous le DIH (déficit Immunitaire Humoral) ?** [ ]  oui [ ]  non

**2. Connaissez vous le DICV (déficit Immunitaire Commun Variable) ?** [ ]  oui [ ]  non

**3. De quel type de formation avez-vous bénéficié concernant les DIH (dont DICV) :**

[ ] Aucune [ ] formation médicale continue (incluant congrès) [ ] site CEREDIH [ ] revue médicale [ ] autre(s) :

**4. Suivez-vous des patients pour un DICV ?** [ ]  oui [ ]  non

**Si oui, à combien estimez vous**:Nombre d’adultes :

 Nombre d’enfants :

**5. Quels sont les signes cliniques vous amenant à rechercher un déficit immunitaire : (***Merci de cocher le ou les items correspondants)*

**a. Chez l’adulte :**

[ ]  > 2 otites par an

[ ]  > 2 sinusites aigues ou chroniques par an

[ ]  Au moins 2 pneumopathies par an

[ ] Diarrhée chronique avec perte de poids

[ ]  Au moins 2 infections graves par an

[ ] Mycose cutanéo-muqueuse persistante

[ ] Dilatation des bronches et/ou bronchites répétées sans cause connue

[ ]  > 2 mois de traitement antibiotique par an et/ou nécessité d’un traitement antibiotique IV

[ ] ATCD familiaux d’immunodéficience

[ ] Manifestations auto immunes et/ou granulomatose

[ ] Episodes de fièvre importante inexpliqués

[ ] Infections virales répétées et/ou chroniques

**b. Chez l’enfant**

[ ] > 8 otites par an pendant l’automne/hiver chez les enfants de moins de 4 ans

[ ] > 4 otites par an pendant l’automne/hiver chez les plus de 4 ans

[ ] > 2 pneumonies ou 2 sinusites par an

[ ] Cassure staturo-pondérale et/ou diarrhée persistante

[ ] Infection inhabituelle et/ou d’évolution inhabituelle

[ ] Infections récurrentes avec le même pathogène.

[ ]  Infections sévères à germes encapsulés et/ou récurrentes à germes pyogènes.

[ ] ATCD familiaux d’immunodéficience ou de signes cliniques similaires

**6. En cas de signe d’appel, comment procédez vous ?**

[ ]  Je fais un bilan de débrouillage [ ] J’adresse directement le patient au spécialiste

**7. Si vous faites vous-même un premier bilan de débrouillage pour suspicion de DICV, quel(s) examen(s) demandez-vous ?** [ ] NFS [ ] EPS [ ] Dosage pondéral des IgA, M, G

**8. Pour les patients avec DIH/ DICV confirmé, comment ils sont suivis ?**

Consultation spécialisée hôpital : [ ] oui [ ] non **Si OUI à quelle fréquence annuelle ?**  /an

**9. En cas de question concernant leur traitement, le carnet vaccinal, les complications de la maladie, avez-vous un accès facile au spécialiste référent du patient ?** [ ] Oui [ ] Non

**10. Est-ce que le(s) patient(s) avec DIH/ DICV que vous suivez est (sont) porteur(s) d’une carte CEREDIH précisant leur pathologie ?** [ ] Oui [ ] Non

**11. Selon vous, quelles est(sont) la ou les indications d’une substitution en immunoglobulines devant un DICV ?**

[ ] IgG sériques < 8 g/L

[ ] IgG sériques < 5 g/L

[ ] IgG sériques < 3,5 g/L

[ ] Tout DICV avec infections récurrentes quelque soit le taux d’IgG

**12. Selon vous existe-il une indication d’antibioprophylaxie dans le DICV ?** [ ] Oui [ ] Non

**Si oui, laquelle proposez vous ?**

[ ] Aucune

[ ] Cotrimoxazole

[ ] Oracilline

[ ] Acyclovir ou Valaciclovir

[ ] Amoxicilline

[ ] C3G

[ ] Azithromycine

**13. Quelle(s) vaccination(s) peu(vent) être proposée(s) dans le cadre du DICV ?**

[ ] Toutes les vaccinations du calendrier vaccinal

[ ] BCG

[ ] DTPCa

[ ] ROR

[ ] Grippe

[ ] Méningocoque

[ ] Pneumocoque

[ ] Haemophilus

[ ] Fièvre jaune

[ ] Zona

[ ] VHB

[ ] HPV

**14. Quelle(s) vaccination(s) est(sont) contre indiquée(s) dans le cadre du DICV ?**

[ ] Toutes les vaccinations du calendrier vaccinal

[ ] BCG

[ ] DTPCa

[ ] ROR

[ ] Grippe

[ ] Méningocoque

[ ] Pneumocoque

[ ] Haemophilus

[ ] Fièvre jaune

[ ] Zona

[ ] VHB

[ ] HPV