**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