***Centre National de Référence Virus des Gastro-entérites***



***Laboratoire de Biologie et Pathologie***

CHU Dijon Bourgogne – Plateforme de Biologie Hospitalo-Universitaire

2 rue Angélique Ducoudray – BP 37013 – 21070 Dijon cedex

Tél : 03-80-29-34-37 / Fax : 03-80-29-32-80

www.cnr-ve.org / cnr@chu-dijon.fr

|  |
| --- |
| PROTOCOLE D’ENVOI D’ÉCHANTILLONS POUR**RECHERCHE DE VIRUS ENTÉRIQUES – CAS ISOLÉ ou SPORADIQUE** |

### Recueil et conservation de l’échantillon :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nature d’échantillon | Contenant\* | Volume minimum | Température de conservation avant envoi | Température d’envoi |
| Selles/ vomissures | Pot stérile (boite à coproculture) sans milieu de transport | 1 g | Température ambiante si envoi dans les 12 h.4°C si envoi entre 12 et 48h.-20°C si envoi au-delà de 48h. | Température ambiante  |
| Sang/Sérum | Tube stérile sans héparine  | 1 ml | Température ambiante si envoi dans les 12h.4°C si envoi entre 12 et 48h.-20°C si envoi au-delà de 48h. |
| LCR | Flacon stérile  | 250µl (soit 5 gouttes) |
| Milieux biologiques divers | Flacon stérile | 1 ml |

**Important : \* Mentionner sur le flacon l’identité et la date de naissance du patient ainsi que la date de prélèvement.**

### Réalisation du colis :

**L’échantillon doit être envoyé dans un triple emballage conforme à la réglementation en vigueur pour le transport des échantillons cliniques (arrêté ADR¹) :**

* Déposer le flacon (*récipient primaire*), entouré de papier absorbant, dans un sachet plastique ou une boîte rigide (plastique, métallique…) à fermeture hermétique (*emballage secondaire*), puis dans une boîte en carton ou polystyrène (*emballage extérieur*), avec interposition de matières de rembourrage appropriées.
* **Joindre impérativement la fiche individuelle de renseignements (en page 2) dûment remplie, la prescription et un résumé d’observation clinique.**
* Apposer sur la surface extérieure du colis la désignation « Matière Biologique, catégorie B » près de la mention UN 3373 dans un losange (à découper ci-dessous).

**UN 3373**

**MATIERE BIOLOGIQUE**

**CATEGORIE B**

### Conditions d’envoi :

* Le colis doit être acheminé **dans un délai de 48h à 72h.** L’envoi peut être effectué **par voie postale** (colissimo) ou **par transporteur spécialisé dans la collecte d’échantillons biologiques** (se référer au tableau ci-dessus pour les températures d’envoi).
* Pour éviter un délai d’acheminement trop long, il est conseillé d’effectuer l’envoi en début ou en milieu de semaine (réception au laboratoire tous les jours sauf le dimanche).
* Expédier le colis à l’adresse suivante :

|  |
| --- |
| **Centre National de Référence Virus des Gastro-entérites****Laboratoire de Biologie et Pathologie****Plateforme de Biologie Hospitalo-Universitaire****CHU Dijon Bourgogne****2 Rue Angélique Ducoudray****BP 37013****21070 DIJON CEDEX** |

¹ Arrêté du 5 décembre 2002 modifiant l’arrêté du 1er juin 2001 relatif au transport des matières infectieuses de classe 6.2 : instructions ADR P650 (par route) ou IATA 650 (par air).

***Centre National de Référence Virus des Gastro-entérites***



***Laboratoire de Biologie et Pathologie***

CHU Dijon Bourgogne – Plateforme de Biologie Hospitalo-Universitaire

2 rue Angélique Ducoudray – BP 37013 – 21070 Dijon cedex

Tél : 03-80-29-34-37 / Fax : 03-80-29-32-80

www.cnr-ve.org / cnr@chu-dijon.fr

## **FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS**

## - A JOINDRE IMPÉRATIVEMENT À TOUT PRÉLÈVEMENT AVEC LA PRESCRIPTION -

**RECHERCHE DE VIRUS ENTÉRIQUES** – **CAS ISOLÉ ou SPORADIQUE**

**LABORATOIRE EXPEDITEUR**

**Raison sociale :**

Adresse :

CP : \_ \_ \_ \_ \_ Ville :

Tél : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ Fax : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_

**PRESCRIPTEUR**

**NOM Prénom :**

Adresse :

CP : \_ \_ \_ \_ \_ Ville :

Tél : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ Fax : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_

**PATIENT**

**Nom usuel :**  **Nom de naissance :**

**Prénom:**  Sexe : 🞏 F 🞏 M

Date de naissance : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_ N° de sécurité sociale : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

**Nature du prélèvement** : prélevées le \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_ à \_ \_ h \_ \_

**ANALYSES DEMANDEES**

 🞏 Norovirus 🞏 Rotavirus 🞏 Paréchovirus

 🞏 Sapovirus 🞏 Astrovirus 🞏 Bocavirus

 🞏 Adénovirus 🞏 Entérovirus 🞏 Virus Aichi

 🞏 SARS-CoV-2

**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES**

* **Patient :**

🞏 Immunodéprimé 🞏 MICI *(Maladies Inflammatoires Chroniques de l’Intestin)*

🞏 Greffé/transplanté, *précisé* : ……………………….… 🞏 Autre pathologie, *précisé :* ……………………..

* **Signes cliniques :**

🞏 Vomissements 🞏 Fièvre 🞏 Douleurs abdominales

🞏 Diarrhée 🞏 Nausées 🞏 Autres (préciser) : ………………..

* **Durée des signes cliniques :** du \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_ au \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ au \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_
* **Évolution des signes :** 🞏 Guérison 🞏 Hospitalisation 🞏 Autre
* **Résultat des analyses microbiologiques (bactériologie et parasitologie) :**