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 (pot 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 :

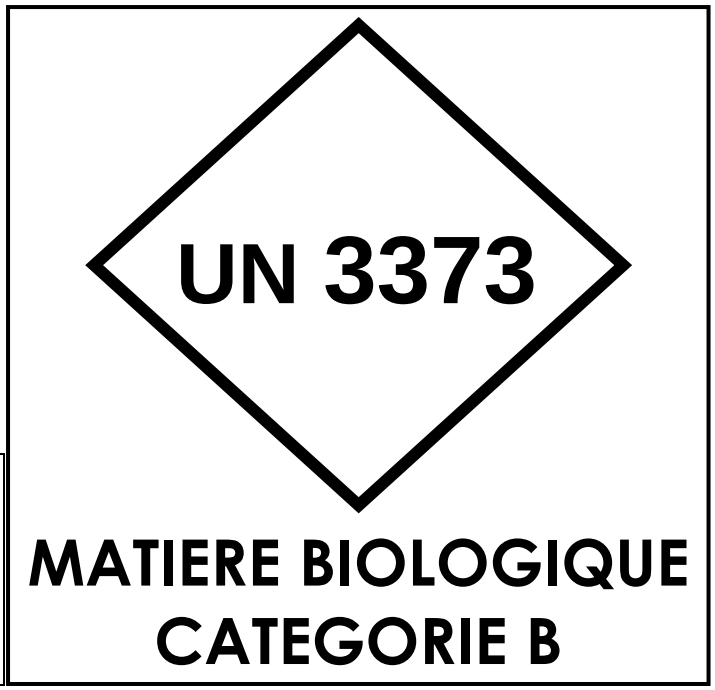
L'échantillon doit être envoyé dans un triple emballage conforme à la réglementation en vigueur pour le transport des échantillons cliniques (arrêté ADR[1]) :

- ✓ 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).

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 : .....Tél : _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _
CP : _ _ _ _ _ Ville :.....Fax : _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _
Adresse mail sécurisée pour l'envoi des comptes rendus (mssante ou apicrypt) :
.....

PRESCRIPTEUR

NOM Prénom : .....
Adresse : .....Tél : _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _
CP : _ _ _ _ _ Ville :.....Fax : _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _
Adresse mail sécurisée pour l'envoi des comptes rendus (mssante ou apicrypt) :
.....

PATIENT

Nom usuel : .....**Nom de naissance :**.....
Prénom: .....Sexe : ☐ F ☐ M
Date de naissance : _ _ / _ _ / _ _ _ _ N° de sécurité sociale : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Nature du prélèvement : .....prélevé le _ _ / _ _ / _ _ _ _ à _ _ h _ _

ANALYSES DEMANDEES

☐ Norovirus	☐ Rotavirus	☐ Paréchovirus
☐ Sapovirus	☐ Astrovirus	☐ Bocavirus
☐ Adénovirus	☐ Entérovirus	☐ Virus Aichi

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

- **Patient :**
  - ☐ Immunodéprimé
  - ☐ MICI *(Maladies Inflammatoires Chroniques de l'Intestin)*
  - ☐ Greffé/transplanté, *préciser* : ……
  - ☐ Autre pathologie, *préciser :* ……..
- **Signes cliniques :**
  - ☐ Vomissements ☐ Fièvre ☐ Douleurs abdominales
  - ☐ Diarrhée ☐ Nausées ☐ Autres (préciser) : ……..
- **Durée des signes cliniques :** du _ _ / _ _ / _ _ _ _ au _ _ / _ _ / _ _ _ _
- **Évolution des signes :** ☐ Guérison ☐ Hospitalisation ☐ Autre
- **Résultat des analyses microbiologiques (bactériologie et parasitologie) :** .....

.....
.....
.....