

**PROTOCOLE D'ENVOI D'ÉCHANTILLONS DE SELLES POUR L'INVESTIGATION
D'UN ÉPISODE DE CAS GROUPÉS DE GASTRO-ENTÉRITE AIGUË (GEA)**

Recueil des échantillons :

- Pour l'investigation d'un épisode de cas groupés de GEA, un minimum de **3 à 5 échantillons** est recommandé (un échantillon par patient).
- Chaque échantillon doit être recueilli dans un flacon stérile.
- Les échantillons sont à conserver à 4°C (pour un envoi sous 48h) ou à -20°C (pour un envoi différé).

Réalisation du colis :

- **Les échantillons doivent être envoyés dans un triple emballage conforme à la réglementation en vigueur pour le transport des échantillons cliniques (arrêté ADR*) :**
 - ✓ Déposer les flacons (*réipients primaires*), entourés 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.
 - ✓ Apposer sur la surface extérieure du colis la désignation « Matière Biologique, catégorie B » près de la mention UN 3373 dans un losange (à découper sur le formulaire n°1).
- **Joindre impérativement les formulaires n°1 (demande d'investigation) et n°2 (renseignements épidémiologiques) dûment remplis, accompagnés d'une fiche individuelle par patient (formulaire n°3).**



Conditions d'envoi :

- **Le colis est à envoyer à température ambiante (max. 25°C) ou réfrigéré (4°C) dans un délai de 48h à 72h par voie postale ou par transporteur agréé.**
- Pour éviter les délais d'acheminement trop longs, il est souhaitable d'effectuer l'envoi en début ou en milieu de semaine (laboratoire ouvert tous les jours sauf le dimanche).
- Expédier le colis à l'adresse suivante : **Centre National de Référence des Virus Entériques
CHU de Dijon – Plateau Technique de Biologie
Laboratoire de virologie
2 rue Angélique Ducoudray
BP 37013
21070 DIJON CEDEX**



Centre Hospitalier Universitaire **Dijon**

*Centre National de Référence
des Virus Entériques*

Laboratoire de Virologie

CHU de Dijon – Plateau Technique de Biologie
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

DEMANDE D'INVESTIGATION D'UN ÉPISODE DE CAS GROUPÉS DE GEA

FORMULAIRE N°1

Expéditeur du colis (pour le rendu des résultats) :

- Nom :
- Institution :
- Adresse :

- Téléphone :

Médecin demandant l'investigation (pour le rendu des résultats) :

- Nom :
- Institution :
- Adresse :

- Téléphone :

Étiquette à découper et à coller sur le colis

Nombre d'échantillons envoyés :

☞ Préciser l'identité et la date de naissance des patients ainsi que la date de prélèvement sur les flacons.

UN 3373

**MATIERE BIOLOGIQUE
CATEGORIE B**



Centre Hospitalier Universitaire **Dijon**

Centre National de Référence des Virus Entériques

Laboratoire de Virologie

CHU de Dijon – Plateau Technique de Biologie
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

RENSEIGNEMENTS ÉPIDÉMIOLOGIQUES

FORMULAIRE N°2 – FICHE GLOBALE

Référent (nom, qualité) :

Caractéristiques de l'épisode de cas groupés de GEA :

- Lieu** (hôpital, maison de retraite, école, restaurant, domicile...) :
.....
- Adresse** (rue, code postal, commune) :
- Date d'apparition des signes** : - pour le premier cas :/...../.....
- pour le dernier cas :/...../.....
- Date de fin d'épidémie** :/...../.....
- Nombre de cas** :
Dont nombre de patients hospitalisés :
Dont nombre de patients décédés :
- Nombre de cas dans les groupes d'âges suivants** :
0-4 ans : 15-64 ans :
5-14 ans : > 65 ans :
- Nombre de personnes exposées** :
- Mode de transmission suspecté** :
 - Personne à personne
 - Alimentaire (hors coquillages)
 - Alimentaire puis personne à personne
 - Coquillages
 - Hydrique
 - Inconnu
- Si alimentaire, préciser : - date du repas :/...../.....
- aliment(s) incriminé(s) :
- investigation virale des aliments : oui non
- Durées moyennes** : - de l'incubation : - des signes :
- Signes cliniques** : - nombre de cas avec :
 - vomissements uniquement :
 - diarrhée uniquement :
 - diarrhée et vomissements :
- Autres signes cliniques** :
- Analyses microbiologiques (bactériologie et parasitologie) réalisées** : oui non
Si oui, préciser : - nombre de patients :
- résultats :



**Centre National de Référence
des Virus Entériques**

Laboratoire de Virologie

CHU de Dijon – Plateau Technique de Biologie
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

RENSEIGNEMENTS ÉPIDÉMIOLOGIQUES

FORMULAIRE N°3 – FICHE INDIVIDUELLE

- Nom :**
- Prénom :**
- Date de naissance :**
- Sexe :**
- Date du prélèvement :**

- Signes cliniques :**
 - Vomissements
 - Diarrhée
 - Fièvre
 - Nausées
 - Douleurs abdominales
 - Autres (à préciser) :

- Durée des signes cliniques :** du au

- Évolution des signes :** Guérison Hospitalisation Autre

- Résultats des analyses microbiologiques (bactériologie et parasitologie) :**

INFORMATION PATIENT :

Conformément à la loi de Bioéthique de 2004, les patients doivent être informés par leur médecin qu'en l'absence d'opposition de leur part, leurs échantillons résiduels pourront être utilisés à des fins de recherche après anonymisation.

Cocher la case correspondant à la décision du patient : **opposition** **absence d'opposition**