

**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 (boîte 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 :**

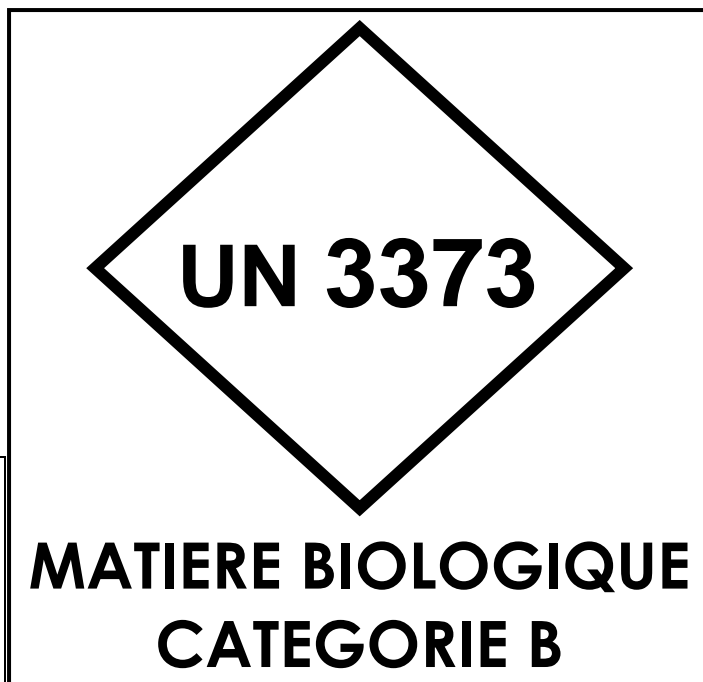
L'échantillon doit être envoyé dans un triple emballage conforme à la réglementation en vigueur pour le transport des échantillons cliniques (arrêté ADR<sup>1</sup>) :

- ✓ Déposer le flacon (*réceptif 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



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

## 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

- |                                     |                                      |                                       |
|-------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Norovirus  | <input type="checkbox"/> Rotavirus   | <input type="checkbox"/> Paréchovirus |
| <input type="checkbox"/> Sapovirus  | <input type="checkbox"/> Astrovirus  | <input type="checkbox"/> Bocavirus    |
| <input type="checkbox"/> Adénovirus | <input type="checkbox"/> Entérovirus | <input type="checkbox"/> Virus Aichi  |
|                                     |                                      | <input type="checkbox"/> 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 \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

◆ **Évolution des signes :**  Guérison  Hospitalisation  Autre

◆ **Résultat des analyses microbiologiques (bactériologie et parasitologie) :** .....

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