

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

Recueil et conservation des échantillons :

- Pour l'investigation d'un épisode de cas groupés de GEA, 4 **échantillons** minimum sont recommandés, plus si possible (un échantillon par patient).
- Chaque échantillon doit être recueilli dans un flacon stérile mentionnant l'identité et la date de naissance du patient ainsi que la date de prélèvement.
- En attendant la prise en charge du colis par un transporteur, conserver les échantillons à 4°C. **En cas d'envoi différé de plus de 48h, conserver les échantillons à - 20°C.**

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 chaque flacon (*réceptif primaire*), entouré de papier absorbant, individuellement dans un sachet plastique ou une boîte rigide (plastique, métallique...) à fermeture hermétique (*emballage secondaire*), puis tous les sachets dans une boîte en carton ou polystyrène (*emballage extérieur*), avec interposition de matières de rembourrage appropriées.

✓ Joindre **IMPÉRATIVEMENT** les pages 2 à 4 de ce protocole dûment remplies.

✓ 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** par voie postale à température ambiante.
- 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 :

CNR Virus des Gastro-entérites
CHU Dijon Bourgogne
Laboratoire de Biologie et Pathologie
Plateforme de Biologie Hospitalo-Universitaire
2 rue Angélique Ducoudray
BP 37013
21070 DIJON CEDEX



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

DEMANDE D'INVESTIGATION D'UN EPISODE DE CAS GROUPES DE GEA

FEUILLET A JOINDRE IMPERATIVEMENT AUX PRELEVEMENTS

▪ **Laboratoire d'Analyses Médicales/EHPAD/particulier... expéditeur du colis¹** :

Nom :

Adresse :

CP : _____ Ville :

Tél : __ / __ / __ / __ / __ Fax : __ / __ / __ / __ / __

Adresse mail sécurisée pour l'envoi des comptes rendus (mssante ou apicrypt) :

.....

▪ **Coordonnées du médecin prescripteur** :

Nom :

Adresse :

CP : _____ Ville :

Tél : __ / __ / __ / __ / __ Fax : __ / __ / __ / __ / __

Adresse mail sécurisée pour l'envoi des comptes rendus (mssante ou apicrypt) :

.....

⚠ IMPORTANT – Pour l'envoi des comptes rendus de résultats à l'ARS

Indiquer **obligatoirement** : **Nom et adresse du Médecin Inspecteur de Santé Publique** :

Nom :

Adresse :

CP : _____ Ville :

Tél : __ / __ / __ / __ / __ Fax : __ / __ / __ / __ / __

Adresse mail sécurisée pour l'envoi des comptes rendus (mssante ou apicrypt) :

.....

¹Les résultats d'analyse sont rendus au LAM, qui est chargé de les retransmettre au médecin prescripteur et au(x) patient(s).
Si les prélèvements sont envoyés directement par un établissement, les résultats sont rendus au médecin prescripteur.
Si les prélèvements sont envoyés directement par les patients, les résultats leur sont rendus, ainsi qu'au médecin prescripteur si mentionné.

FICHES DE RENSEIGNEMENTS PATIENTS

	<p>Nom usuel : _____ Prénom : _____ Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M</p> <p>Nom de naissance : _____ Né(e) le : __/__/____</p> <p>N° Sécurité Sociale : _____</p> <p>Nature du prélèvement : _____ prélevé le : __/__/____ à __ h __</p>
	<p>Nom usuel : _____ Prénom : _____ Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M</p> <p>Nom de naissance : _____ Né(e) le : __/__/____</p> <p>N° Sécurité Sociale : _____</p> <p>Nature du prélèvement : _____ prélevé le : __/__/____ à __ h __</p>
	<p>Nom usuel : _____ Prénom : _____ Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M</p> <p>Nom de naissance : _____ Né(e) le : __/__/____</p> <p>N° Sécurité Sociale : _____</p> <p>Nature du prélèvement : _____ prélevé le : __/__/____ à __ h __</p>
	<p>Nom usuel : _____ Prénom : _____ Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M</p> <p>Nom de naissance : _____ Né(e) le : __/__/____</p> <p>N° Sécurité Sociale : _____</p> <p>Nature du prélèvement : _____ prélevé le : __/__/____ à __ h __</p>
	<p>Nom usuel : _____ Prénom : _____ Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M</p> <p>Nom de naissance : _____ Né(e) le : __/__/____</p> <p>N° Sécurité Sociale : _____</p> <p>Nature du prélèvement : _____ prélevé le : __/__/____ à __ h __</p>
	<p>Nom usuel : _____ Prénom : _____ Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M</p> <p>Nom de naissance : _____ Né(e) le : __/__/____</p> <p>N° Sécurité Sociale : _____</p> <p>Nature du prélèvement : _____ prélevé le : __/__/____ à __ h __</p>
	<p>Nom usuel : _____ Prénom : _____ Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M</p> <p>Nom de naissance : _____ Né(e) le : __/__/____</p> <p>N° Sécurité Sociale : _____</p> <p>Nature du prélèvement : _____ prélevé le : __/__/____ à __ h __</p>
	<p>Nom usuel : _____ Prénom : _____ Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M</p> <p>Nom de naissance : _____ Né(e) le : __/__/____</p> <p>N° Sécurité Sociale : _____</p> <p>Nature du prélèvement : _____ prélevé le : __/__/____ à __ h __</p>
	<p>Nom usuel : _____ Prénom : _____ Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M</p> <p>Nom de naissance : _____ Né(e) le : __/__/____</p> <p>N° Sécurité Sociale : _____</p> <p>Nature du prélèvement : _____ prélevé le : __/__/____ à __ h __</p>

INFORMATION PATIENT : Conformément au Code de la santé publique (Article L1211-2 modifié par les lois de Bioéthique du 6 août 2004 et du 4 août 2021), les patients doivent être informés par leur médecin ou une personne qualifiée qui le représente, qu'en l'absence d'opposition de leur part, leurs échantillons résiduels (ou non utilisés en totalité au décours de la prise en charge) et des données biomédicales associées pourront être conservés au Centre de Ressources Biologiques Ferdinand Cabanne du CHU Dijon Bourgogne et/ou au CNR virus des gastro-entérites et utilisés à des fins de recherche après anonymisation.

Pour faire opposition à cette utilisation en recherche, vous devez contacter le CNR au 03 80 29 34 37.

RENSEIGNEMENTS EPIDEMIOLOGIQUES :
Caractéristiques de l'épisode de cas groupés de GEA

FEUILLET A JOINDRE IMPERATIVEMENT AUX PRELEVEMENTS

☞ **Lieu** (hôpital, maison de retraite, école, restaurant, domicile...) :

.....

Adresse :

CP : _____ **VILLE** :

☞ **Date d'apparition des signes** : Premier cas le __ / __ / _____

L'épisode est-il toujours en cours ? : oui non (si non, indiquer la date du dernier cas : __ / __ / _____)

☞ **Date de fin d'épidémie** : __ / __ / _____

☞ **Préciser le nombre de cas** : - hors personnel :

- parmi le personnel :

- âgés de 0-4 ans :, 5-14 ans :, 15-64 ans :, > 65 ans :

- hospitalisés suite à l'épidémie :

- décédés suite à l'épidémie :

☞ **Préciser le nombre de personnes exposées** : hors personnel : parmi le personnel :

☞ **Mode de transmission suspecté** :

Personne à personne

Alimentaire* puis personne à personne

Inconnu

Alimentaire* (hors coquillages)

Coquillages

Hydrique

*Si alimentaire, préciser : - date du repas : __ / __ / _____

- aliment(s) incriminé(s) :

- investigation virale des aliments : oui non

☞ **Préciser le nombre de cas présentant des signes de** :

- diarrhée (uniquement) :

- vomissements (uniquement) :

- diarrhée & vomissements :

- autres signes cliniques (indiquer quels sont les signes) :

.....

☞ **Durées moyennes** :

- de l'incubation :

- des signes :

☞ **Analyses microbiologiques réalisées localement avant envoi au CNR** : oui* non

*Si oui, préciser le nombre de patients :, les résultats obtenus :

.....

.....