

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

**Recueil et conservation des échantillons :**

- Pour l'investigation d'un épisode de cas groupés de GEA, **3 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.

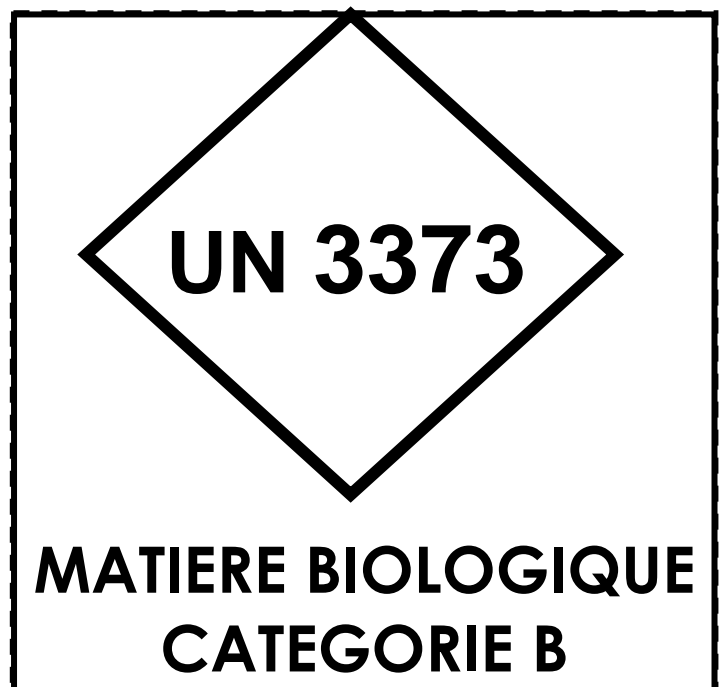
✓ Joindre **IMPERATIVEMENT** les pages 2 et 3 de ce protocole dûment remplies.

✓ 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<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).

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

**FEUILLET A JOINDRE IMPERATIVEMENT AUX PRELEVEMENTS**

- **Laboratoire d'Analyses Médicales expéditeur du colis<sup>1</sup>** (à défaut, autre expéditeur : EHPAD, particulier...)

Nom : .....

Adresse : .....

.....

Téléphone : ..... Fax : .....

- **Nom et adresse du médecin prescripteur** : .....

.....

..... Tél : ..... Fax : .....

<sup>1</sup>Les 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.

**⚠ IMPORTANT – Pour rendu de résultats à l'ARS, indiquer **obligatoirement** : Nom et adresse du Médecin Inspecteur de Santé Publique** : .....

.....

..... Tél : .....

**FICHES DE RENSEIGNEMENTS PATIENTS**

(A photocopier avant de compléter si plus de 3 prélèvements envoyés)

Réservé CNR	<b>Nom :</b> <b>Prénom :</b> <b>Nature du prélèvement :</b> <b>SARS-CoV-2</b> <input type="checkbox"/> POSITIF <input type="checkbox"/> NEGATIF <input type="checkbox"/> NON TESTE	<b>Sexe :</b> <b>Né(e) le :</b> <b>prélevé le :</b> / /
Réservé CNR	<b>Nom :</b> <b>Prénom :</b> <b>Nature du prélèvement :</b> <b>SARS-CoV-2</b> <input type="checkbox"/> POSITIF <input type="checkbox"/> NEGATIF <input type="checkbox"/> NON TESTE	<b>Sexe :</b> <b>Né(e) le :</b> <b>prélevé le :</b> / /
Réservé CNR	<b>Nom :</b> <b>Prénom :</b> <b>Nature du prélèvement :</b> <b>SARS-CoV-2</b> <input type="checkbox"/> POSITIF <input type="checkbox"/> NEGATIF <input type="checkbox"/> NON TESTE	<b>Sexe :</b> <b>Né(e) le :</b> <b>prélevé le :</b> / /

**INFORMATION PATIENT** : Conformément à la loi de Bioéthique du 6 août 2004, 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** (rue, code postal, commune) :  
.....
  - **Date d'apparition des signes** : Premier cas le ...../...../.....      Episode toujours en cours :  oui  non  
Si non, indiquez la date du dernier cas : ...../...../.....
  - **Date de fin d'épidémie** : ...../...../.....
  - **Nombre de cas** : Hors personnel : .....      Parmi le personnel : .....
  - **Nombre de cas hospitalisés** suite à l'épidémie : .....      ▪ **Nombre de cas décédés** suite à l'épidémie : .....
  - **Nombre de cas dans les groupes d'âges suivants** :  
0-4 ans : .....      5-14 ans : .....      15-64 ans : .....      > 65 ans : .....
  - **Nombre de personnes exposées** : Hors personnel : .....      Membres du 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
  - **Durées moyennes** : - de l'incubation : .....      - des signes : .....
  - **Signes cliniques** : - nombre de cas avec : - diarrhée : .....  
- vomissements : .....
- Autres signes cliniques** : .....
- Y-a-t-il des cas suspects ou confirmés de Covid-19 :**
- parmi les cas de GEA ?** :  oui       non       ne sait pas - combien : .....
- dans l'entourage ?**       oui       non       ne sait pas - combien : .....
- **Analyses microbiologiques réalisées localement avant envoi au CNR** :  oui       non  
Si oui, préciser : - nombre de patients : .....  
- résultats : .....