



Centre de Biologie et de Recherche en Santé  
Service de Bactériologie-Virologie-Hygiène  
**CNR Herpèsvirus** - 3ème étage  
CHU de Limoges, 2 avenue Martin Luther King  
87042 LIMOGES Cedex

**Contacts**

**Responsable Pr Sophie ALAIN**

Tél : 05-55-05-67-28 (ou 26), [sophie.alain@chu-limoges.fr](mailto:sophie.alain@chu-limoges.fr)

**Dr Sébastien HANTZ**

Tél : 05-55-05-86-42, [sebastien.hantz@chu-limoges.fr](mailto:sebastien.hantz@chu-limoges.fr)

Tél sec : 05-55-05-67-24, Fax : 05-55-05-67-22

**A remplir par le clinicien**

**Prescripteur**

*Adresse ou tampon du service*

**PRESCRIPTEUR :** .....

Téléphone : .....

Fax : .....

Email : .....

**Patient**

Nom : .....

Nom de jeune fille : .....

Prénom : .....

Né(e) le :     /     /                      Sexe : M  F

*Ou étiquette du patient*

Contexte Clinique :

Infection congénitale

Déficit immunitaire complexe

Déficit immunitaire acquis

Greffe     Nature de la greffe : .....

                    Date de la greffe : ...../...../.....

Autre : .....

**Renseignements cliniques**

**Molécules reçues jusqu'à ce jour :**

- Ganciclovir                      Oui    Non
- Valganciclovir                Oui    Non
- Aciclovir                        Oui    Non
- Valaciclovir                    Oui    Non
- Foscarnet                        Oui    Non
- Cidofovir                        Oui    Non
- Maribavir                        Oui    Non
- Autres : .....

**Traitement immunosuppresseur actuel :**

- Cyclosporine (Néoral, Sandimmun)
- Tacrolimus (Prograf, Advagraf)
- MMF (Cellcept)
- MPA (Myfortic)
- Sirolimus (Rapamune)
- Everolimus (Certican)
- Corticoïdes
- Belatacept
- Autre : .....



## Renseignements cliniques

### PROTOCOLE CLINIQUE

- ORPHAVIC Oui  Non
- SOLSTICE 303 Oui  Non
- Autres : .....

RECHERCHE DE RESISTANCE Oui  Non

AUTRE

*Prélèvements à transférer à votre laboratoire de virologie dans les 12 heures qui suivent, à température ambiante*

Préleveur : ..... Date : ...../...../..... Heure : ... h.....

## A remplir par le virologue

### Surveillance des dernières charges virales CMV

Date :	Charge virale :	Observations
/ /		
/ /		

### Prélèvements

#### Les échantillons que vous pouvez envoyer :

- 3 tubes de 1 ml de sang du test QUANTIFERON-CMV incubés
- 3 tubes de 1 ml de sang du test QUANTIFERON-CMV incubés et centrifugés
- 3 aliquotes du plasma des tubes du test QUANTIFERON-CMV

### MODALITES DE TRANSPORT AU CNR Herpèsvirus (À la charge du CNR Herpèsvirus)

**Coordonnées du transporteur :** *(prévenir la veille du jour de l'enlèvement et remplir la fiche TSE)*

TSE Express Médical      Code : **CRCMV**      Adresse : 40, rue Saint Jean de Dieu, 69366 LYON Cedex 07  
Téléphone : 04 72 76 67 17      Fax : 04 72 72 94 54      e-mail : [exploitation@tse-medical.fr](mailto:exploitation@tse-medical.fr)

3 tubes de 1 ml de sang du test QUANTIFERON-CMV incubés	<u>Température :</u> à 4°C
3 tubes de 1 ml de sang du test QUANTIFERON-CMV incubés et centrifugés	à 4°C
3 aliquotes du plasma des tubes du test QUANTIFERON-CMV	à 4°C ou -30°C

Médecin virologue (nom et signature) :

Date de l'envoi : ...../...../.....



# Centre National de Référence des Herpèsvirus

## Fiche de renseignements : Liste des non-conformités



En [France](#), tous les laboratoires d'analyses de biologie médicale ont une obligation d'accréditation selon la norme NF EN ISO 15189 depuis mai 2013. Notre Centre National de Référence Herpèsvirus est engagé dans cette démarche.

Numéro	Non-conformité	Mineure	Majeure	Action curative proposée
1	Le conditionnement du prélèvement n'est pas respecté (triple emballage).	×		
2	Le conditionnement du prélèvement est ouvert ou cassé.		×	
3	Le délai de transport du prélèvement n'est pas respecté.	×		
4	La feuille de demande est absente.		×	
5	Absence de prescripteur ou information illisible.		×	
6	Absence d'identité patient sur la feuille de demande ou information illisible.		×	
7	Absence de renseignement clinique ou information illisible.	×		
8	Absence de l'historique des charges virales ou information illisible.	×		
9	Absence d'information pour l'encadré d'échantillon clinique ou information illisible.	×		
10	L'ordonnance pour le dosage de GCV est mal remplie ou absente.	×		
11	Absence de prélèvement.		×	
12	Le prélèvement est en quantité insuffisante pour être traité.		×	
13	Le prélèvement est mal identifié ou n'est pas identifié.		×	
14	Discordance d'identification entre le bon et le prélèvement.		×	
15	Le contenant du prélèvement est inapproprié pour l'analyse à effectuer.		×	

### CONFORMITE :

Réceptionné le : .....

OUI       NON

*cadre réservé au CNR CMV*

par : .....

Numéro de la non-conformité : .....