

## Feuille de demande : Recherche de résistance

<p style="text-align: center;">Centre de Biologie et de Recherche en Santé Service de Bactériologie-Virologie-Hygiène <b>CNR Herpèsvirus</b> - 3ème étage CHU de Limoges, 2 avenue Martin Luther King 87042 LIMOGES Cedex</p>	<p style="text-align: center; color: purple;"><b>Contacts</b></p> <p><b>Responsable Pr Sophie ALAIN</b> Tél : 05-55-05-67-28 (ou 26), <a href="mailto:sophie.alain@chu-limoges.fr">sophie.alain@chu-limoges.fr</a> <b>Pr Sébastien HANTZ</b> Tél : 05-55-05-86-42, <a href="mailto:sebastien.hantz@chu-limoges.fr">sebastien.hantz@chu-limoges.fr</a>  Tél sec : 05-55-05-67-24, Fax : 05-55-05-67-22</p>
---	---

*Pour les hôpitaux de l'AP-HP, les recherches de résistance doivent être envoyées au laboratoire de Virologie de la PITIÉ-SALPÊTRIÈRE (Responsables : Dr David BOUTOLLEAU et Dr Sonia BURREL)*

### FORMULAIRE PRESCRIPTEUR CLINICIEN page 1/2

#### Prescripteur clinicien

<p style="color: #808080; font-style: italic;">Adresse ou tampon du service</p>	<p>Nom : .....</p> <p>Ville : .....</p> <p>Téléphone : .....</p> <p>Fax : .....</p> <p>Email : .....</p>
---	--

#### Patient

<p>Nom : .....</p> <p>Nom de jeune fille : .....</p> <p>Prénom : .....</p> <p>Né(e) le :     /     /     Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center; color: #808080; font-style: italic;">Ou étiquette du patient</p>	<p><input type="checkbox"/> Infection congénitale</p> <p><input type="checkbox"/> Déficit immunitaire complexe</p> <p><input type="checkbox"/> Déficit immunitaire acquis : .....</p> <p><input type="checkbox"/> Greffe     Nature de la greffe : .....</p> <p style="padding-left: 20px;">Date de la greffe : ..../..../.....</p> <p>Profil CMV donneur :     + <input type="checkbox"/>     - <input type="checkbox"/></p> <p>Profil CMV receveur :     + <input type="checkbox"/>     - <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Autre : .....</p>
--	--

#### Prélèvement(s) à transférer au virologue de votre centre

En fonction de l'examen demandé, voici les échantillons que vous pouvez prélever :

**Examen(s) demandé(s) :**

**Prélèvement(s) à effectuer :**

↪ Recherche de résistance (Génotypage) :

- CMV  HSV1  HSV2  VZV   1 tube de sang total sur EDTA (5 à 7 mL)
- Autre(s) (Préciser) : .....

↪ Culture de souche pour antivirogramme (Phénotypage) :

- CMV  HSV1  HSV2  VZV   Salive (~ 1 mL) au ½ en milieu de transport CMV\*
- Urine (~ 1-3 mL) au ½ en milieu de transport CMV\*
- Autre(s) (Préciser) : .....

↪ Dosage (remplir aussi l'ordonnance spécifique) :

- GCV  Letermovir   1 tube Plasma EDTA
- (Attention : devra être décanté et congelé avant envoi au CNR)

Prélèvements à transférer à votre laboratoire de virologie dans les 2 heures qui suivent (à température ambiante sauf pour les urines qui doivent être acheminées dans de la glace)

\* Les milieux de transport sont à demander à votre laboratoire de virologie.

## 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
- Letermovir                    Oui     Non
- Autres : .....

**Traitement immunosuppresseur actuel :**

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

**Prophylaxie :**

 OUI                       NON 

Molécule	Posologie	Date de début	Créatininémie en début de TTT	Date de fin	Motif du changement de la molécule ou de la dose et réponse au traitement
		/ /		/ /	<input type="checkbox"/> A / <input type="checkbox"/> B / <input type="checkbox"/> C / <input type="checkbox"/> D / <input type="checkbox"/> Autre :
		/ /		/ /	<input type="checkbox"/> A / <input type="checkbox"/> B / <input type="checkbox"/> C / <input type="checkbox"/> D / <input type="checkbox"/> Autre :
		/ /		/ /	<input type="checkbox"/> A / <input type="checkbox"/> B / <input type="checkbox"/> C / <input type="checkbox"/> D / <input type="checkbox"/> Autre :
		/ /		/ /	<input type="checkbox"/> A / <input type="checkbox"/> B / <input type="checkbox"/> C / <input type="checkbox"/> D / <input type="checkbox"/> Autre :

**Traitement(s) préemptif(s) :**

 OUI                       NON 

Molécule	Posologie	Date de début	Créatininémie en début de TTT	Date de fin	Motif du changement de la molécule ou de la dose et réponse au traitement
		/ /		/ /	<input type="checkbox"/> A / <input type="checkbox"/> B / <input type="checkbox"/> C / <input type="checkbox"/> D / <input type="checkbox"/> Autre :
		/ /		/ /	<input type="checkbox"/> A / <input type="checkbox"/> B / <input type="checkbox"/> C / <input type="checkbox"/> D / <input type="checkbox"/> Autre :
		/ /		/ /	<input type="checkbox"/> A / <input type="checkbox"/> B / <input type="checkbox"/> C / <input type="checkbox"/> D / <input type="checkbox"/> Autre :
		/ /		/ /	<input type="checkbox"/> A / <input type="checkbox"/> B / <input type="checkbox"/> C / <input type="checkbox"/> D / <input type="checkbox"/> Autre :

**Traitement(s) curatif(s) :**

 OUI                       NON 

Molécule	Posologie	Date de début	Créatininémie en début de TTT	Date de fin	Motif du changement de la molécule ou de la dose et réponse au traitement
		/ /		/ /	<input type="checkbox"/> A / <input type="checkbox"/> B / <input type="checkbox"/> C / <input type="checkbox"/> D / <input type="checkbox"/> Autre :
		/ /		/ /	<input type="checkbox"/> A / <input type="checkbox"/> B / <input type="checkbox"/> C / <input type="checkbox"/> D / <input type="checkbox"/> Autre :
		/ /		/ /	<input type="checkbox"/> A / <input type="checkbox"/> B / <input type="checkbox"/> C / <input type="checkbox"/> D / <input type="checkbox"/> Autre :
		/ /		/ /	<input type="checkbox"/> A / <input type="checkbox"/> B / <input type="checkbox"/> C / <input type="checkbox"/> D / <input type="checkbox"/> Autre :
		/ /		/ /	<input type="checkbox"/> A / <input type="checkbox"/> B / <input type="checkbox"/> C / <input type="checkbox"/> D / <input type="checkbox"/> Autre :

**FORMULAIRE VIROLOGUE page 1/1**

<b>Patient</b>	<b>Virologue</b>
Nom : .....	Nom : .....
Prénom : .....	Téléphone : .....
Nom de jeune fille : .....	Adresse : .....
Né(e) le : ...../...../..... Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	.....

**Surveillance des dernières charges virales**

Date :	Charge virale :	Nature et numéro interne des échantillons envoyés :
/  /		
/  /		
/  /		
/  /		
/  /		
/  /		

Prélèvements envoyés au CNR	Date du prélèvement	Nb tube(s)	T° transport
<b>Génotypage :</b> <input type="checkbox"/> Sang total (prélevé en EDTA, aliquoté, ≥500µl) <input type="checkbox"/> Leucocytes (culot sec) <input type="checkbox"/> Biopsie <input type="checkbox"/> Urine <input type="checkbox"/> LBA <input type="checkbox"/> LCR <input type="checkbox"/> Extrait d'ADN <input type="checkbox"/> Autre : .....	/  /		<b>- 30°C</b>
<b>Phénotypage :</b> <i>De préférence :</i> <input type="checkbox"/> Souche virale sur flacon de culture ( <i>compléter le flacon en milieu de culture pour l'envoi</i> )	/  /		<b>Température ambiante (15 à 25°C)</b>
<input type="checkbox"/> Salive en milieu de transport CMV <input type="checkbox"/> Urine en milieu de transport CMV <input type="checkbox"/> LBA en milieu de transport CMV <input type="checkbox"/> Souche virale en DMSO	/  /		<b>- 30°C</b>
<b>Dosage du Ganciclovir :</b> <input type="checkbox"/> Plasma (prélevé en EDTA, décanté, aliquoté, ≥1mL)	/  /		<b>- 30°C</b>

**Modalités de transport au CNR (ne rien envoyer le vendredi)**

**Par COLIBRI TSE Express Médical** (si votre centre a un compte Colibri chez TSE) le jour de l'envoi des prélèvements :

- Contacter colibri pour connaître l'heure de passage sur votre site (04 72 76 67 21)
- Se connecter sur le site dédié pour programmer l'enlèvement (<http://portail.tse-medical.net/>)

**Par TSE Express Médical** la veille de l'envoi des prélèvements (avant 17h):

- Remplir la fiche TSE fournie par le CNR
- Envoyer cette fiche à TSE par mail ([exploitation@tse-medical.fr](mailto:exploitation@tse-medical.fr)), ou par fax (04 72 72 94 54)

*Dans tous les cas : prévenir le CNR ([sophie.alain@chu-limoges.fr](mailto:sophie.alain@chu-limoges.fr) ou [cnr.cmv@chu-limoges.fr](mailto:cnr.cmv@chu-limoges.fr))*

Médecin virologue (nom et signature) :

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

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 des prélèvements 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 Herpèsvirus*

par : .....

Numéro de la non-conformité : .....