Institut Pasteur

Centre National de Référence
des Fièvres Hémorragiques Virales
21, avenue Tony Garnier
69365 Lyon cedex 07

Tél : 04 37 28 24 40
Fax : 04 37 28 24 51

PROCEDURE P4

Conditions d'envoi des échantillons biologiques en cas de suspicion de fièvre hémorragique ou d'encéphalite à virus de classe 4

Virus concernés

Ebola	Virus de Crimée-Congo (CCHF)
Lassa	Arenavirus américains (Junin, Machupo, Guanarito, Sabia)
Marburg	Henipavirus (Nipah, Hendra)

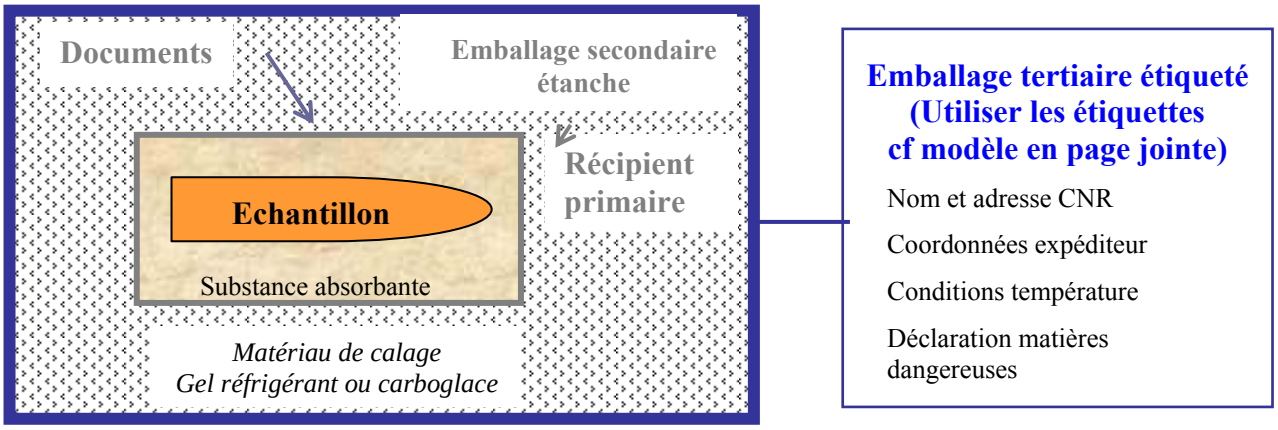
Procédure

- **Avant tout prélèvement et toute expédition**, il est impératif de **téléphoner au CNR** pour :
  - Prévenir du cas suspect et de l'envoi d'éventuels échantillons biologiques
  - Organiser le transport **direct** des prélèvements depuis le service clinique jusqu'aux CNR *(sans passer ni par un centre de tri, ni par un laboratoire intermédiaire)*
  - Permettre au CNR d'anticiper la mise en œuvre du diagnostic au laboratoire de haute sécurité P4

- **L'expédition d'échantillons biologiques** est sous la responsabilité de l'expéditeur. Les échantillons biologiques doivent être emballés et acheminés conformément à la réglementation prévue pour le transport des matières infectieuses (classe 6.2), ce qui implique obligatoirement :
  - **triple emballage (cf schéma ci-dessous)**
  - **transporteur agréé**
  - **déclaration de matières dangereuses**

- **Une fiche de renseignements (voir en page 2 ci-après)** cliniques et épidémiologiques devra être jointe au prélèvement

Schéma d'un triple emballage (ONU 6.2)



Institut Pasteur

FICHE DE RENSEIGNEMENTS
FIEVRES HEMORRAGIQUES VIRALES et VIROSES APPARENTEES

HÔPITAL :
Service :

Médecin :
Tél :
Fax confidentialisé :

PATIENT
Nom : **Prénom** :
Date de naissance : ____/___/___ M □ F □

Activité professionnelle :
Domicile (commune, dép.) :
Code postal : |__|__|__|__|__|

DATE DE DEBUT DES SYMPTÔMES : _____/___/____ Date hospitalisation : ____/___/___

SIGNES CLINIQUES

- fièvre □
- céphalées □

- nausées □
- vomissements □
- douleurs abdominales □
- diarrhées □

- éruption □

- myalgies □
- arthralgies □

- méningite □
- encéphalite □

- troubles oculaires □
- signes hémorragiques □ *(préciser)* ……..
- autres signes □ *(préciser)* ……

VOYAGES AU COURS DU MOIS PRECEDENT

EN FRANCE □
Région(s) :
Date retour :

A L'ETRANGER □
Pays :
Date retour :

VACCINATIONS

Fièvre jaune (YF) □ Année :
Hépatite A □ Année :
Hépatite B □ Année :

Encéphalite japonaise (JE) □
Encéphalite à tiques (TBE) □

BIOLOGIE

Paludisme : goutte épaisse : nég □ pos □
détection d'Ag : nég □ pos □

Thrombopénie oui □ non □
ALAT/ASAT élevées oui □ non □

Leptospirose :
Rickettsiose :

LCR :

PRELEVEMENTS : DATE : __/___/____

Sang □ LCR □ urines □ biopsie(s) □ *(préciser)* ……

REMARQUES : Viroses suspectées :

Questionnaire à retourner à :
CNR des Fièvres Hémorragiques Virales
21 avenue Tony Garnier 69365 LYON cedex 07
Tel: 04 37 28 24 40 *Fax*: 04 37 28 24 51

(droits d'accès et de rectification auprès des CNR des Fièvres Hémorragiques Virales (loi du 6 janvier 1978)

Modèle d'étiquette pour envoi au CNR

Quel que soit le mode de transport choisi, remplir et coller une étiquette sur l'emballage extérieur de tous les envois destinés aux Centres Nationaux de Référence de l'Institut Pasteur

Expéditeur (compléter ou mettre le cachet du Laboratoire)

Nom : _____

Hôpital/Laboratoire/Service : _____

_____

_____

Rue : _____

CP : _____ Ville : _____ Pays : _____

Tél.: _____ Fax : _____

Conserver à :

☐ Température ambiante

☐ + 4 °C ☐ – 20 °C

Transmettre (dès l'arrivée au centre) :

☐ Délai normal ☐ En urgence

Destinataire

INSTITUT PASTEUR
Centre National de Référence des Fièvres Hémorragiques Virales

A l'attention de _____

21 avenue Tony Garnier
69365 LYON Cedex 7