

## PROCEDURE P4

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

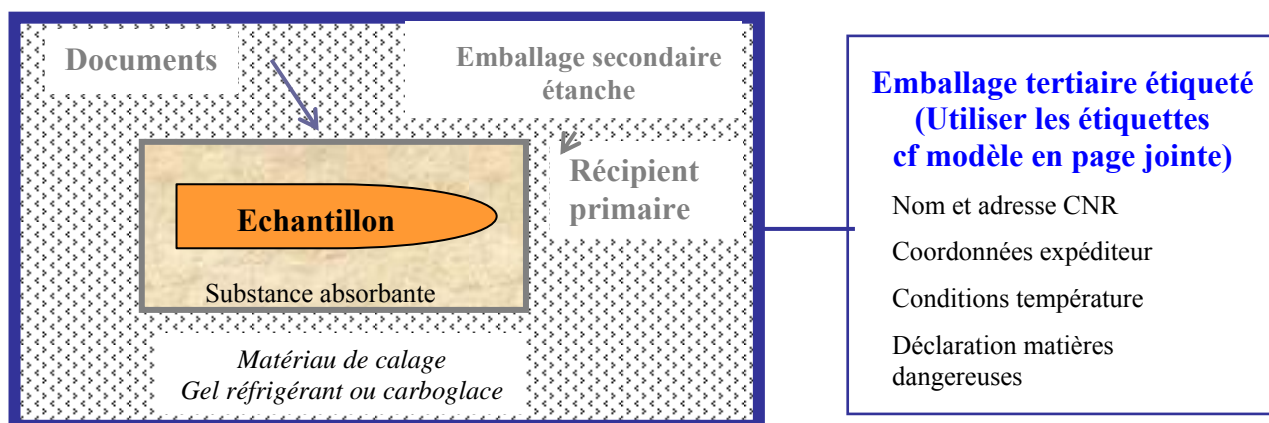
#### Virus concernés

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)



## FICHE DE RENSEIGNEMENTS

**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  $\square$

Région(s) :

Date retour :

A L'ETRANGER □

Pays :

Date retour :

## VACCINATIONS

Fièvre jaune (YF) □

Hépatite A ☐

Hépatite B ☐

Année :

Année :

Année :

Encéphalite japonaise (JE) □

Encéphalite à tiques (TBE) □

# BIOLOGIE

Paludisme : goutte épaisse : nég ☐ pos ☐ Thrombopénie oui ☐ non ☐  
détECTION D'Ag : nég ☐ pos ☐ 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**

## 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