



URE Environnement  
et Risques Infectieux  
(CIBU)

DOCUMENT D'ENREGISTREMENT

Fiche de transmission de prélèvements à la CIBU

Version  
E

INSTITUT PASTEUR

Unité de Recherche et d'Expertise 'Environnement et Risques Infectieux'

Cellule d'Intervention Biologique d'Urgence (CIBU)

Responsables : Jean-Claude Manuguerra, Laurent Dacheux (adj.)

28 rue du Docteur Roux, 75724 PARIS CEDEX 15 – Secrétariat : ☎ : 01 40 61 38 08 📠 : 01 40 61 38 07

Pôle d'Identification Virale (PIV)	Pôle d'Identification Bactérienne (PIB)	Pôle de Génotypage des Pathogènes (PGP)
Responsable : Jessica Vanhomwegen	Responsable : Anne Le Flèche-Matéos	Responsable : Valérie Caro
☎ : 01 45 68 87 58	☎ : 01 45 68 83 36	☎ : 01 45 68 88 59
<a href="mailto:cibu-piv@pasteur.fr">cibu-piv@pasteur.fr</a>	<a href="mailto:cibu-pib@pasteur.fr">cibu-pib@pasteur.fr</a>	<a href="mailto:cibu-pgp@pasteur.fr">cibu-pgp@pasteur.fr</a>

Cette fiche est téléchargeable à partir de notre site internet : <http://www.pasteur.fr/cibu>

<b>COORDONNÉES DU LABORATOIRE EXPÉDITEUR</b>	<b>NOM Prénom du médecin prescripteur</b>
----------------------------------------------	-------------------------------------------

*Aucune expertise ne sera réalisée en l'absence des informations surlignées en gris.*

**PATIENT**

<b>Nom de naissance :</b>	<b>Sexe :</b> <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
<b>Premier prénom de naissance :</b>	<b>Date de naissance :</b> ...../...../.....
<b>Numéro INS :</b>	<input type="checkbox"/> NIR <input type="checkbox"/> NIA

**ANALYSE**

BACTÉRIE  VIRUS  AGENT INDÉTERMINÉ

VOTRE RÉFÉRENCE : .....

DATE DU PRÉLEVEMENT : ..... / ..... / .....

DATE DE DÉBUT DES SYMPTÔMES : ..... / ..... / .....

**NATURE DU PRÉLEVEMENT**

<input type="checkbox"/> CUTANÉ	<input type="checkbox"/> Croûte	<input type="checkbox"/> Écouvillon de vésicule/papule	<input type="checkbox"/> Biopsie	<input type="checkbox"/> .....
<input type="checkbox"/> RESPIRATOIRE	<input type="checkbox"/> Pharynx	<input type="checkbox"/> Rhino-pharyngé	<input type="checkbox"/> LBA	<input type="checkbox"/> Biopsie
<input type="checkbox"/> DIGESTIF	<input type="checkbox"/> Selles	<input type="checkbox"/> Écouvillon rectal	<input type="checkbox"/> Biopsie	<input type="checkbox"/> .....
<input type="checkbox"/> SANGUIN	<input type="checkbox"/> Sérum	<input type="checkbox"/> Plasma	<input type="checkbox"/> Sang total	<input type="checkbox"/> .....
<input type="checkbox"/> AUTRE	<input type="checkbox"/> Urine	<input type="checkbox"/> LCR	<input type="checkbox"/> Autre, préciser.....	

**ANTÉCÉDENTS / CONTEXTE CLINIQUE**

<b>SYNDROME</b>	<input type="checkbox"/> Respiratoire	<input type="checkbox"/> Digestif	<input type="checkbox"/> Neurologique	<input type="checkbox"/> Cutané	<input type="checkbox"/> Autre
Préciser :	.....				
<b>SYMPTÔMES</b>	<input type="checkbox"/> Diarrhée	<input type="checkbox"/> Vomissements	<input type="checkbox"/> Fièvre inexpliquée	<input type="checkbox"/> Myalgie	
Préciser :	.....				
<b>CO-MORBIDITÉ</b>					
Préciser :	.....				
<b>ÉVOLUTION</b>	<input type="checkbox"/> Guérison	<input type="checkbox"/> Décès	<input type="checkbox"/> Séquelles		
Préciser :	.....				

**VOYAGES**

<input type="checkbox"/> France	Région : .....	Dates du séjour : ____/____/____ au ____/____/____
<input type="checkbox"/> Etranger	Région : .....	Dates du séjour : ____/____/____ au ____/____/____

**Indiquer tout renseignement complémentaire pouvant être utile :**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Informations concernant le prélèvement et l'envoi**

Les modalités de prélèvements et leurs conditions de transport (tube primaire, température) seront conformes aux recommandations des bonnes pratiques telles que décrites dans le Référentiel en Virologie médicale ou le Référentiel en Microbiologie Médicale.

Pour vos envois, veuillez respecter la législation en vigueur sur les conditions d'emballage et de transport, à consulter sur le site <http://www.pasteur.fr/fr/sante/centres-nationaux-reference/envoi-materiel-biologique>

En cas d'absence d'orientation biologique, veuillez contacter les responsables de la CIBU pour déterminer les conditions adéquates à votre envoi.

**Informations légales**

Droit d'accès et de rectification des données informatisées auprès de la CIBU (loi Informatique et Liberté du 6 janvier 1978 modifiée).

**Consentement à l'utilisation secondaire des prélèvements**

En vertu de l'article L 1211-2 du Code de la Santé Publique et la loi Informatique et Liberté (loi du 6 janvier 1978 modifiée), le patient doit être informé de l'utilisation possible des échantillons biologiques collectés et des données associées par la CIBU à des fins de recherche, en vue d'identifier des agents étiologiques connus et inconnus, d'améliorer le diagnostic et les connaissances générales en microbiologie clinique et en infectiologie, et de développer les techniques d'identification et de caractérisation des agents infectieux. Ces recherches, préservant l'identité du patient, peuvent être menées le cas échéant en collaboration avec d'autres structures de recherches éventuellement situées à l'étranger. Toute recherche en matière de génétique humaine est exclue de cette démarche.

Suite à cette information, le patient (ou pour les mineurs : le(s) titulaire(s) de l'autorité parentale/pour les majeurs sous tutelle : le tuteur) :

**s'oppose**      ou       **ne s'oppose pas**

à l'utilisation secondaire des prélèvements et des données collectées à des fins de recherche en microbiologie clinique et en infectiologie

Date : .....      Nom et signature du médecin ayant recueilli l'avis patient : .....