

Dématérialisation des fiches de renseignements

Centre national de référence des
E. coli, *Shigella* et *Salmonella*

Le **CNR des *Escherichia coli*, *Shigella* et *Salmonella*** (CNR-ESS) met en place une procédure de dématérialisation des **fiches de renseignements** qui accompagnent les souches envoyées à notre laboratoire.

Cette procédure, disponible sur l'application Web sécurisée **REDCap**, contribuera à optimiser les échanges de données entre votre laboratoire et le CNR-ESS.

Cette présentation a pour objectif de vous guider dans les différentes étapes de la nouvelle procédure.

1. Adresse Internet

Pour accéder au formulaire, veuillez saisir dans la barre d'adresse de votre navigateur l'adresse suivante :

<https://redcap.pasteur.fr/surveys/?s=W98LC9ALPL>

ATTENTION : l'adresse doit être saisie **intégralement** pour se rendre sur la page ci-contre.



Centre national de référence des *Escherichia coli*, *Shigella* et *Salmonella*

Unité des bactéries pathogènes entériques

Institut Pasteur - 28, rue du Docteur Roux - 75724 PARIS CEDEX 15

TEL : 01 45 68 83 39

e-mail : colishig@pasteur.fr - salmonella@pasteur.fr

Pr François-Xavier WEILL - Dr Maria PARDOS DE LA GANDARA - Dr Carolina SILVA NODARI

Cette page est dédiée aux demandes pour *Salmonella* et *Shigella*/EIEC uniquement.

Pour les *E. coli* entérohémorragiques (EHEC/STEC) et les *E. coli* d'origine extra intestinale (EXPEC), merci de vous adresser au laboratoire associé du CNR à l'hôpital Robert Debré de Paris : <http://cnr-escherichiacoli-robertdebre.aphp.fr/>

Si vous souhaitez modifier une demande existante, veuillez contacter le CNR-ESS par téléphone ou par courriel.

Laboratoire

Sélectionnez dans la liste :

* Obligatoire

Si votre laboratoire ne figure pas dans la liste, veuillez remplir la convention de preuve ci-jointe et la transmettre au secrétariat du CNR : colishig@pasteur.fr ou salmonella@pasteur.fr

Vous recevrez une confirmation par mail lorsque votre convention sera acceptée ; vous pourrez alors remplir cette fiche de renseignements.

Pièce jointe :  [Convention de preuve VIERGE.docx](#) (343.5 kB)

Page suivante

2. Identification du laboratoire

Afin que vous puissiez remplir le formulaire sur REDCap, votre laboratoire doit figurer dans la base de données du CNR-ESS.

2.1. Sélection du laboratoire dans la base

Sélectionnez votre laboratoire dans le menu déroulant :

— en cliquant sur la flèche (cf. « **A** » sur l'image ci-contre),

Ou

— en saisissant des mots-clés (nom, code postal, ville, etc.) dans le champ (cf. « **B** » sur l'image ci-contre).

Une fois le laboratoire sélectionné, cliquer sur « Page suivante » (cf. « **C** » sur l'image ci-contre).



Centre national de référence des *Escherichia coli*, *Shigella* et *Salmonella*

Unité des bactéries pathogènes entériques

Institut Pasteur - 28, rue du Docteur Roux - 75724 PARIS CEDEX 15

TEL : 01 45 68 83 39

e-mail : colishig@pasteur.fr - salmonella@pasteur.fr

Pr François-Xavier WEILL - Dr Maria PARDOS DE LA GANDARA - Dr Carolina SILVA NODARI

Cette page est dédiée aux demandes pour *Salmonella* et *Shigella*/EIEC uniquement.

Pour les *E. coli* entérohémorragiques (EHEC/STEC) et les *E. coli* d'origine extra intestinale (EXPEC), merci de vous adresser au laboratoire associé du CNR à l'hôpital Robert Debré de Paris : <http://cnr-escherichiacoli-robertdebre.aphp.fr/>

Si vous souhaitez modifier une demande existante, veuillez contacter le CNR-ESS par téléphone ou par courriel.

Laboratoire

Sélectionnez dans la liste :

* Obligatoire

B

A

Si votre laboratoire ne figure pas dans la liste, veuillez remplir la convention de preuve ci-jointe et la transmettre au secrétariat du CNR : colishig@pasteur.fr ou salmonella@pasteur.fr

Vous recevrez une confirmation par mail lorsque votre convention sera acceptée ; vous pourrez alors remplir cette fiche de renseignements.

Pièce jointe : [Convention de preuve VIERGE.docx](#) (343.5 kB)

Page suivante

C

2.2. Intégration d'un nouveau laboratoire

Les laboratoires ne figurant pas dans le menu déroulant doivent remplir et envoyer par courriel au CNR-ESS (salmonella@pasteur.fr ou colishig@pasteur.fr) une **convention de preuve**, téléchargeable au format **.docx** (cf. « D » sur l'image ci-contre).

Vous serez informé de l'intégration de votre laboratoire dans notre base de données. Vous pourrez ensuite utiliser REDCap pour la saisie.



Centre national de référence des *Escherichia coli*, *Shigella* et *Salmonella*

Unité des bactéries pathogènes entériques

Institut Pasteur - 28, rue du Docteur Roux - 75724 PARIS CEDEX 15

TEL : 01 45 68 83 39

e-mail : colishig@pasteur.fr - salmonella@pasteur.fr

Pr François-Xavier WEILL - Dr Maria PARDOS DE LA GANDARA - Dr Carolina SILVA NODARI

Cette page est dédiée aux demandes pour *Salmonella* et *Shigella*/EIEC uniquement.

Pour les *E. coli* entérohémorragiques (EHEC/STEC) et les *E. coli* d'origine extra intestinale (EXPEC), merci de vous adresser au laboratoire associé du CNR à l'hôpital Robert Debré de Paris : <http://cnr-escherichiacoli-robertdebre.aphp.fr/>

Si vous souhaitez modifier une demande existante, veuillez contacter le CNR-ESS par téléphone ou par courriel.

Laboratoire

Sélectionnez dans la liste :

* Obligatoire

Si votre laboratoire ne figure pas dans la liste, veuillez remplir la convention de preuve ci-jointe et la transmettre au secrétariat du CNR : colishig@pasteur.fr ou salmonella@pasteur.fr

Vous recevrez une confirmation par mail lorsque votre convention sera acceptée ; vous pourrez alors remplir cette fiche de renseignements.

Pièce jointe :  [Convention de preuve VIERGE.docx](#) (343.5 kB) **D**

Page suivante

3. Fiche de renseignements – Infos demandes

ATTENTION : les champs pourvus d'un astérisque **rouge** sont **obligatoires** ; sinon la fiche de renseignements ne pourra être validée.

Néanmoins, **nous vous prions de bien vouloir remplir tous les champs**, même ceux sans astérisque.

Tout d'abord, vérifiez que l'adresse mail affichée correspond bien au contact de votre laboratoire.

Veillez choisir la souche à analyser afin d'être dirigé vers les champs importants.

NB: l'identifiant de demande se remplit automatiquement lorsque vous saisissez la date de la demande.

Adresse électronique de votre laboratoire :

nastassia.tvardik@pasteur.fr

* Obligatoire

Si les coordonnées de votre laboratoire ont changé merci d'en informer le secrétariat du CNR : colishig@pasteur.fr ou salmonella@pasteur.fr

Mentions obligatoires

Par la validation de ce formulaire vous attestez que :

- Le patient a été informé que ses prélèvements biologiques pouvaient être utilisés à des fins de recherche et il ne s'y oppose pas.
- S'agissant de ses données personnelles, le patient a pris connaissance de ses droits d'accès et de rectification, conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978.
- Cette demande a valeur de contrat.

Date de la demande

 Aujourd'hui D-M-Y

* Obligatoire

Identifiant de demande : _____-18717

Bactérie

Type

* Obligatoire

- Salmonella
 Shigella/EIEC

[effacer la réponse](#)

Pour les *E. coli* entérohémorragiques (EHEC/STEC) et les *E. coli* d'origine extra intestinale (EXPEC), merci de vous adresser au laboratoire associé du CNR à l'hôpital Robert Debré de Paris : <http://cnr-escherichiacoli-robertdebre.aphp.fr/>

3. Fiche de renseignements – Info patient

ATTENTION : les champs pourvus d'un astérisque **rouge** sont **obligatoires** ; sinon la fiche de renseignements ne pourra être validée.

Néanmoins, **nous vous prions de bien vouloir remplir tous les champs**, même ceux sans astérisque.

Les champs présents dans l'image ci-contre sont identiques pour les demandes d'analyse de *Salmonella* et de *Shigella*/EIEC.

Renseignements sur le patient

Nom :
* Obligatoire
En MAJUSCULE et sans caractères spéciaux (é, è, -, *, ...)

Merci de saisir un nom complet !

Prénom :
* Obligatoire
En MAJUSCULE et sans caractères spéciaux (é, è, -, *, ...)

Merci de saisir un prénom complet !

Date de naissance : D-M-Y
* Obligatoire
jj/mm/aaaa

Sexe : Homme Femme Autre [effacer la réponse](#)
* Obligatoire

Code postal (domicile du patient) :

Voyage au cours des deux derniers mois Oui Non Non précisé [effacer la réponse](#)
Cette information est essentielle pour la surveillance épidémiologique nationale (distribution des sérotypes et des résistances aux antibiotiques).
* Obligatoire

Type de cas : Isolé Groupé Ne sait pas [effacer la réponse](#)
* Obligatoire

3. Fiche de renseignements - *Salmonella*

Les champs présents dans l'image ci-contre sont spécifiques pour les demandes d'analyse de *Salmonella*.

ATTENTION : les champs pourvus d'un astérisque **rouge** sont **obligatoires** ; sinon la fiche de renseignements ne pourra être validée.

Néanmoins, **nous vous prions de bien vouloir remplir tous les champs**, même ceux sans astérisque.

Une fois les informations remplies, cliquer sur « Page suivante » (cf. l'image ci-contre).

Aliment suspecté	<input type="text"/>
	<small>(notez NSP si vous n'avez pas l'information)</small>
Présence de nouveaux animaux de compagnie au domicile (NAC) :	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Inconnu
	effacer la réponse
Informations sur le prélèvement	
Référence du dossier :	<input type="text"/>
Type :	<input type="radio"/> Selles (coproculture) <input type="radio"/> Sang (hémoculture) <input type="radio"/> Urines <input type="radio"/> Autre
<small>* Obligatoire</small>	effacer la réponse
Date :	<input type="text"/> <small>31</small> <input type="button" value="Aujourd'hui"/> D-M-Y
<small>* Obligatoire</small>	
Identification bactérienne :	<input type="text"/>
<small>* Obligatoire</small>	
Sérotype / agglutinations faites par le laboratoire :	<input type="text"/>
Merci de nous transmettre l'antibiogramme par courrier postal avec l'échantillon.	
Commentaire	<input type="text"/>
	Agrandir
<input type="button" value="Page précédente"/>	<input type="button" value="Page suivante"/>

3. Fiche de renseignements - *Shigella*

Les champs présents dans l'image ci-contre sont spécifiques pour les demandes d'analyse de *Shigella*/EIEC.

ATTENTION : les champs pourvus d'un astérisque **rouge** sont **obligatoires** ; sinon la fiche de renseignements ne pourra être validée.

Néanmoins, **nous vous prions de bien vouloir remplir tous les champs**, même ceux sans astérisque.

Une fois les informations remplies, cliquer sur « Page suivante » (cf. l'image ci-contre).

Lieu de contamination

Symptômes

- Diarrhée
- Diarrhée sanglante
- Fièvre
- Complications intestinales
- Symptômes neurologiques
- Asymptomatique
- Autres

Informations sur le prélèvement

Référence du dossier :

Type :

- Selles (coproculture)
- Sang (hémoculture)
- Urines
- Autre

* Obligatoire [effacer la réponse](#)

Date :

* Obligatoire  D-M-Y

Identification bactérienne :

* Obligatoire

Méthode d'identification : PCR Multiplex

Sur le prélèvement : Culture

Méthode d'identification : Identification biochimique

Sur la colonie : Séro-agglutination

Spectrométrie de masse

Autre

Merci de nous transmettre l'antibiogramme par courrier postal avec l'échantillon.

Commentaire

Agrandir

3. Fiche de renseignements

ATTENTION : veuillez vérifier les dates de naissance du patient et de prélèvement ainsi que la cohérence entre les deux dates, sinon vous ne pourrez pas passer à l'étape suivante.

Si la date de prélèvement saisie est antérieure à la date de naissance du patient, un message s'affichera.

Date de naissance :  D-M-Y
* Obligatoire jj/mm/aaaa

Date :  Aujourd'hui D-M-Y
* Obligatoire

Attention, la date de prélèvement est antérieure à la date de naissance du patient. Merci de vérifier les informations saisies.

TEST | 123, rue test test test | 98765 | TEST | nastassia.tvardik@pasteur.fr

Votre demande du 16-02-2024

 Bactérie : **Shigella/EIEC**
[Renseignements sur le patient](#)

Nom, prénom : TEST , TEST

Date de naissance : 01-02-2024

Sexe : Femme

Code postal (domicile) : 75000

Voyage au cours des deux derniers mois : Non : _____, _____, _____

Cas : Ne sait pas

Nombre : _____

Lieu : _____, _____

TIAC : _____

Aliment suspecté : _____

Lieu de contamination : NSP

Symptômes : Diarrhée, Fièvre, _____

Date de début des symptômes : 15-02-2024

[Renseignements sur le prélèvement](#)

Type de prélèvement : Selles (coproculture), _____

Date de prélèvement : 16-02-2024

 Identification : **Shigella spp.**
[Méthodes d'identification](#)

- sur le prélèvement : PCR Multiplex, Culture

- sur la colonie : Spectrométrie de masse _____

Commentaire : _____

Identifiant :

2024-18717



Powered By IDAutomation.com

4. Récapitulatif

Veillez vérifier que toutes les informations figurant dans la page d'aperçu (cf. image ci-contre) sont correctes.

Cette dernière page doit être **imprimée et envoyée** avec l'échantillon bactérien correspondant.

Il est important que tout le document, incluant le code-barres, soit **imprimé sur une SEULE et même page**.

Cela peut nécessiter de réduire l'échelle de l'image (par exemple à 75 ou 80%) lors de l'impression.

Merci d'inclure l'antibiogramme dans l'envoi avec l'échantillon.

Le code-barres est nécessaire pour le traitement du dossier par le CNR-ESS. Merci de vérifier qu'il est lisible sur l'impression.

Cliquez sur « Enregistrer et envoyer ma demande » pour valider et transférer la fiche au CNR-ESS.

4. Récapitulatif

Veillez vérifier que toutes les informations figurant dans la page d'aperçu (cf. image ci-contre) sont correctes.

Cette dernière page doit être **imprimée et envoyée** avec l'échantillon bactérien correspondant.

Il est important que tout le document, incluant le code-barres, soit **imprimé sur une SEULE et même page**.

Cela peut nécessiter de réduire l'échelle de l'image (par exemple à 75 ou 80%) lors de l'impression.

Merci d'inclure l'antibiogramme dans l'envoi avec l'échantillon.

Le code-barres est nécessaire pour le traitement du dossier par le CNR-ESS. Merci de vérifier qu'il est lisible sur l'impression.

Cliquez sur « Enregistrer et envoyer ma demande » pour valider et transférer la fiche au CNR-ESS.

Identifiant :

2024-18717



Powered By IDAutomation.com

**** Pensez à joindre l'antibiogramme aux échantillons ****

**** Vous devez imprimer cette page et la joindre aux échantillons, avec une copie de l'antibiogramme ****

Dans votre navigateur, allez dans les paramètres (en haut à droite généralement) puis dans les options proposées choisissez Imprimer.

Ou bien, faites Ctrl+P (Windows) ou Cmd +P (Mac).

Veillez vérifier que toutes les informations ci-dessus sont présentes dans la page d'aperçu et ajuster l'échelle pour tout tienne sur une seule page en format A4 (à 75% ou 80%).

Choisissez la bonne imprimante.

Cliquez enfin sur Imprimer.

**** Une fois la page imprimée, veuillez cliquer sur "Enregistrer et envoyer ma demande" pour qu'elle soit validée ****

Pour toute demande, tout renseignement ou pour envoyer des souches d'origine non humaine, veuillez nous contacter par téléphone (01 45 68 83 39) ou par courriel (colishig@pasteur.fr).

Pour les *E. coli* entérohémorragiques (EHEC/STEC) et les *E. coli* d'origine extra intestinale (EXPEC), merci de vous adresser au laboratoire associé du CNR à l'hôpital Robert Debré de Paris : <http://cnr-escherichiacoli-robertdebre.aphp.fr/>

Nous vous remercions de votre collaboration à la surveillance épidémiologique des infections dues aux *Shigella*/EIEC.

[Page précédente](#)

[Enregistrer et envoyer ma demande](#)

Pour toute demande ou tout renseignement, veuillez nous contacter :

- par téléphone au **01 45 68 83 39**
- par courriel à **colishig@pasteur.fr** ou à **salmonella@pasteur.fr**

Nous vous remercions de votre collaboration à la surveillance épidémiologique.