

LABORATOIRE

Nom biologiste : _____

Mail : _____

Tél : _____

Etablissement / adresse : _____

SERVICE CLINIQUE

Nom clinicien : _____

Mail : _____

Tél : _____

Service / spécialité : _____

Etablissement / adresse : _____

PATIENT

Nom d'usage : _____

Nom de naissance (si différent) : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Sexe : masculin féminin

Contexte clinique :

Grossesse (date début grossesse :/...../.....)

Infection congénitale ou suspicion

Greffe

 ➔ Nature de la greffe :

 ➔ Date/...../.....

 ➔ Profil sérologique Donneur :
 CMV+ CMV-

 ➔ Profil sérologique Receveur :
 CMV+ CMV-

Déficit immunitaire complexe :

Déficit immunitaire acquis :

Autre :

ou
étiquette
patient

INFORMATION PREALABLE

Cocher la case si le patient (ou pour les mineurs : le(s) titulaire(s) de l'autorité parentale / pour les majeurs sous tutelle: le tuteur) **s'oppose à l'utilisation secondaire des prélèvements et des données collectées à des fins de recherche sur les herpèsvirus.**

En vertu du Code de la Santé Publique et de la Loi Informatique et Liberté, le patient doit être informé de l'utilisation possible des échantillons biologiques collectés et des données associées (dans le respect de la confidentialité) par le CNR des Herpèsvirus et ses partenaires à des fins de recherches, en vue d'améliorer le diagnostic et les connaissances générales sur les Herpèsvirus. Toute recherche en matière de génétique humaine est exclue de cette démarche.

ANALYSE(S) DEMANDEE(S) (nombre :.....)

<p>Charge virale :</p> <p><input type="checkbox"/> CMV <input type="checkbox"/> CMV rétrospective sur carton de Guthrie</p> <p><input type="checkbox"/> TTV</p> <p><input type="checkbox"/> HHV6 intégré (sur follicule pileux et fragment d'ongle)</p> <p><input type="checkbox"/> Autre charge virale :</p>	<p>Sérologie :</p> <p><input type="checkbox"/> Contrôle de IgM CMV <input type="checkbox"/> Contrôle de IgG CMV</p> <p><input type="checkbox"/> Avidité des IgG CMV</p> <p><input type="checkbox"/> Synthèse intrathécale des IgG anti HSV (sur LCR+sérum)</p> <p><input type="checkbox"/> Synthèse intrathécale des IgG anti VZV (sur LCR+sérum)</p>	<p align="right"><i>Merci de joindre une copie des résultats de votre laboratoire</i></p>												
<p>Recherche de résistance (génotypage) :* </p> <p><input type="checkbox"/> CMV <input type="checkbox"/> HSV1 <input type="checkbox"/> HSV2</p> <p><input type="checkbox"/> VZV <input type="checkbox"/> HHV6</p> <p>⚠ Traitement antiviral actuel :</p> <p>⚠ Charge virale de l'échantillon envoyé : (doit être > 2.5 log cp/ml) :</p>	<p>Dosage molécule antivirale :* </p> <p><input type="checkbox"/> Ganciclovir / Valganciclovir (Cymevan® / Rovalcyte®)</p> <p><input type="checkbox"/> Letermovir (Prevymis®)</p> <p><input type="checkbox"/> Maribavir (Livtency®)</p> <p><input type="checkbox"/> Autre (précisez) :</p>													
<p>Quantiféron CMV :* </p> <p><input type="checkbox"/> Test quantiféron CMV</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Traitement antiviral actuel</th> <th>Posologie</th> <th>Depuis le</th> <th>Date et heure de la dernière prise</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>...../...../.....</td> <td>...../...../..... àh min</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>...../...../.....</td> <td>...../...../..... àh min</td> </tr> </tbody> </table>	Traitement antiviral actuel	Posologie	Depuis le	Date et heure de la dernière prise/...../...../...../..... àh min/...../...../...../..... àh min	
Traitement antiviral actuel	Posologie	Depuis le	Date et heure de la dernière prise											
...../...../...../...../..... àh min											
...../...../...../...../..... àh min											
<p>Culture souche pour antivirogramme (phénotypage) :* </p> <p><input type="checkbox"/> CMV <input type="checkbox"/> HSV1 <input type="checkbox"/> HSV2 <input type="checkbox"/> VZV <input type="checkbox"/> HHV6 <input type="checkbox"/> HHV8</p>														
<p>Autre demande : _____</p>														

Pour toute demande : compléter page 2

***compléter page 3**

PRELEVEMENTS / ECHANTILLONS nécessaires aux analyses					
ANALYSE DEMANDEE	SERVICE CLINIQUE	LABORATOIRE			
	Prélèvement(s) effectué(s)	Echantillon(s) envoyé(s) au CNR	Date(s) de(s) prélèvement(s)	Nb(s)	Température de transport
Sérologie	<input type="checkbox"/> 1 Tube SST <input type="checkbox"/> LCR <input type="checkbox"/> Autre :.....	<input type="checkbox"/> Sérum ≥ 1 ml <input type="checkbox"/> LCR ≥ 1 ml <input type="checkbox"/> Autre :...../...../...../...../...../...../.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	-20°C à -30°C
Charge virale	<input type="checkbox"/> 1 Tube Sang Total EDTA (5 à 7 ml) <input type="checkbox"/> Biopsie :..... <input type="checkbox"/> Urine <input type="checkbox"/> Salive <input type="checkbox"/> LBA <input type="checkbox"/> LCR <input type="checkbox"/> Autre :.....	<input type="checkbox"/> Carton de Guthrie (DBS, ≥ 2 spots)/...../.....	<input type="checkbox"/>	TA (15 à 25°C)
et/ou Recherche de résistance *		<input type="checkbox"/> Sang Total (EDTA, aliquoté, $2X \geq 1$ ml) <input type="checkbox"/> Sérum ≥ 1 ml <input type="checkbox"/> Leucocytes <input type="checkbox"/> Biopsie :..... <input type="checkbox"/> Urine ≥ 1 ml <input type="checkbox"/> Salive ≥ 1 ml <input type="checkbox"/> LBA ≥ 1 ml <input type="checkbox"/> LCR ≥ 1 ml <input type="checkbox"/> Extrait d'ADN ≥ 70 μ l <input type="checkbox"/> Autre :.....	<input type="checkbox"/> Sang Total (EDTA, aliquoté, $2X \geq 1$ ml) <input type="checkbox"/> Incubés <input type="checkbox"/> Incubés et centrifugés <input type="checkbox"/> Incubés, centrifugés et aliquotés/...../...../...../...../...../.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Quantiféron CMV *	<input type="checkbox"/> Sang Total dans 3 tubes QUANTIFERON-CMV (=3X1 ml)	3 tubes QUANTIFERON-CMV :/...../.....	<input type="checkbox"/>	4°C
		<input type="checkbox"/> Incubés <input type="checkbox"/> Incubés et centrifugés <input type="checkbox"/> Incubés, centrifugés et aliquotés/...../.....	<input type="checkbox"/>	4°C ou -20°C à -30°C
Dosage molécule antivirale *	<input type="checkbox"/> 1 Tube Sang Total EDTA (5 à 7 ml)	<input type="checkbox"/> Plasma (EDTA, décanté, aliquoté, $2X \geq 1$ ml)/...../..... Heure prvt :.....h.....min	<input type="checkbox"/>	-20°C à -30°C
Culture souche *	<input type="checkbox"/> Salive (1 ml) <input type="checkbox"/> Urine (1 à 3 ml) <input type="checkbox"/> LBA	<input type="checkbox"/> Salive (en milieu de transport) ≥ 1 ml <input type="checkbox"/> Urine (en milieu de transport) ≥ 1 ml <input type="checkbox"/> LBA (en milieu de transport) ≥ 1 ml <input type="checkbox"/> Souche virale en DMSO/...../...../...../...../...../...../...../.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	-20°C à -30°C
		<input type="checkbox"/> Souche virale sur flacon de culture (compléter flacon en milieu de culture pour envoi)/...../.....	<input type="checkbox"/>	TA (15 à 25°C)
Autre demande/...../.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Contactez le CNR

Le non-respect de ces conditions rend les prélèvements non-conformes

*** compléter page 3 du présent formulaire**

Cadre réservé au CNR Herpèsvirus

Demande réceptionnée le:...../...../..... parT° acheminement :

Conforme : OUI NON (n° de la NC :.....)

Modalité de transport au CNR Herpèsvirus

Par STARSERVICE : la veille de l'enlèvement, avant 17h : Remplir et envoyer la fiche starservice fournie par le CNR à ssh.src@stars-services.com

Par TSE COLIBRI (si vous avez un compte) : le jour de l'enlèvement : Programmer l'enlèvement sur <https://portail.tse-medical.net/>

Contacts :

Pr Sophie ALAIN (sophie.alain@chu-limoges.fr)
 Pr Sébastien HANTZ (sebastien.hantz@chu-limoges.fr)
cnr-herpesvirus@chu-limoges.fr
 05 55 05 67 24

CNR HERPESVIRUS

<https://www.unilim.fr/cnr-herpesvirus/>

Adresse de livraison :

CNR Herpèsvirus, CBRS 3^e étage,
 Service Bactériologie/Virologie/Hygiène
 CHU de Limoges
 2 av. M. Luther King
 87042 LIMOGES CEDEX

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES / BIOLOGIQUES

Molécules reçues jusqu'à ce jour :

<input type="checkbox"/> Ganciclovir	<input type="checkbox"/> Cidofovir
<input type="checkbox"/> Valganciclovir	<input type="checkbox"/> Maribavir
<input type="checkbox"/> Aciclovir	<input type="checkbox"/> Letermovir
<input type="checkbox"/> Valaciclovir	<input type="checkbox"/> Autres :
<input type="checkbox"/> Foscarnet

Traitement immunosuppresseur actuel :

<input type="checkbox"/> Ciclosporine (Néoral®, Sandmmum®)	<input type="checkbox"/> Everolimus (Certican®)
<input type="checkbox"/> Tacrolimus (Prograf®, Advagraf®)	<input type="checkbox"/> Corticoïdes
<input type="checkbox"/> MMF (Cellcept®)	<input type="checkbox"/> Belatacept
<input type="checkbox"/> MPA (Myfortic®)	<input type="checkbox"/> Autres :
<input type="checkbox"/> Sirolimus (Rapamune®)

Prophylaxie : OUI NON

Molécule	Posologie	Date de début	Créatinémie en début de ttt	Date de fin	Motif du changement de molécule ou de la dose et réponse au ttt
	/...../.....	/...../.....	<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) / curatif(s) : OUI NON

Molécule	Posologie	Date de début	Créatinémie en début de ttt	Date de fin	Motif du changement de molécule ou de la dose et réponse au ttt
	/...../.....	/...../.....	<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 :

A = adaptation à la fonction rénale ; B = leucopénie; C = échec ou inefficacité ; D = adaptation à la concentration résiduelle

Surveillance des précédentes charges virales :

Date	Charge virale	Nature échantillon	N° interne de l'échant. envoyé
...../...../.....			
...../...../.....			
...../...../.....			
...../...../.....			
...../...../.....			

Commentaires :

.....

Contacts :

Pr Sophie ALAIN (sophie.alain@chu-limoges.fr)
 Pr Sébastien HANTZ (sebastien.hantz@chu-limoges.fr)
cnr-herpesvirus@chu-limoges.fr
 05 55 05 67 24

CNR HERPESVIRUS

<https://www.unilim.fr/cnr-herpesvirus/>

Adresse de livraison :

CNR Herpèsvirus, CBRS 3^e étage,
 Service Bactériologie/Virologie/Hygiène
 CHU de Limoges
 2 av. M. Luther King
 87042 LIMOGES CEDEX