



Centre Hospitalier Universitaire **Dijon**

## Centre National de Référence des Virus Entériques

### Laboratoire de Virologie

CHU – Plateau Technique de Biologie  
2 rue Angélique Ducoudray – BP 37013 – 21070 Dijon cedex  
Tél : 03-80-29-34-37 – Fax : 03-80-29-32-80  
[cnr@chu-dijon.fr](mailto:cnr@chu-dijon.fr)

## PROTOCOLE D'ENVOI D'ÉCHANTILLONS DE SELLES POUR INVESTIGATION D'UNE ÉPIDÉMIE DE GASTRO-ENTÉRITES

### Recueil des échantillons :

- Pour l'investigation d'une épidémie de gastro-entérites, un minimum de **3 à 5 échantillons** est recommandé (un échantillon par patient).
- Chaque échantillon doit être recueilli dans un flacon type flacon à coproculture.
- Les prélèvements sont à conserver à +4°C (pour un envoi sous 48h) ou à -20°C (pour un envoi différé).
- **Les prélèvements doivent être accompagnés des formulaires n°1 (demande d'investigation), n°2 et n°3 (renseignements épidémiologiques) ci-joints.**

### Réalisation du colis :

- **Les prélèvements doivent être envoyés dans un triple emballage conforme à la réglementation en vigueur pour le transport des échantillons cliniques (arrêté ADR\*) :**
  - ✓ Déposer les flacons (*réipients primaires*), entourés de papier absorbant, dans un sachet plastique ou une boîte rigide (plastique, métallique...) à fermeture hermétique (*emballage secondaire*), puis dans une boîte en carton ou polystyrène (*emballage extérieur*), avec interposition de matières de rembourrage appropriées.
  - ✓ Apposer sur la surface extérieure du colis la désignation « Matière Biologique, catégorie B » près de la mention UN 3373 en forme de losange.



MATIERE BIOLOGIQUE  
CATEGORIE B

### Conditions d'envoi :

- **Le colis est à envoyer à température ambiante (max. 25°C) ou réfrigéré (max. 4°C) dans un délai rapide (48-72h) par voie postale ou par transporteur agréé.**
- Pour éviter les délais d'acheminement trop longs, il est souhaitable d'effectuer l'envoi en début ou en milieu de semaine (laboratoire ouvert tous les jours sauf le dimanche).
- Expédier le colis à l'adresse suivante :

**Centre National de Référence des Virus Entériques**  
**CHU – Plateau Technique de Biologie**  
**Laboratoire de virologie**  
**2 rue Angélique Ducoudray**  
**BP 37013**  
**21070 DIJON CEDEX**

\* Arrêté du 5 décembre 2002 modifiant l'arrêté du 1<sup>er</sup> juin 2001 relatif au transport des matières infectieuses de classe 6.2 : instructions ADR P650 (par route) ou IATA 650 (par air).



Centre Hospitalier Universitaire **Dijon**

*Centre National de Référence  
des Virus Entériques*

*Laboratoire de Virologie*

CHU – Plateau Technique de Biologie  
2 rue Angélique Ducoudray – BP 37013 – 21070 Dijon cedex  
Tél : 03-80-29-34-37 – Fax : 03-80-29-32-80  
[cnr@chu-dijon.fr](mailto:cnr@chu-dijon.fr)

**DEMANDE D'INVESTIGATION D'UNE ÉPIDÉMIE DE GASTRO-ENTÉRITES**

**FORMULAIRE N°1**

**Expéditeur du colis** (pour le rendu des résultats) :

- Nom :
- Institution :
- Adresse :
  
- Téléphone :

**Médecin demandant l'investigation** (pour le rendu des résultats) :

- Nom :
- Institution :
- Adresse :
  
- Téléphone :

Étiquette à découper et à coller sur le colis :

**Nombre d'échantillons envoyés :**

☞ Préciser l'identité et la date de naissance des patients ainsi que la date de prélèvement sur les pots à coproculture.



**MATIERE BIOLOGIQUE  
CATEGORIE B**



Centre Hospitalier Universitaire **Dijon**

## Centre National de Référence des Virus Entériques

### Laboratoire de Virologie

CHU – Plateau Technique de Biologie  
2 rue Angélique Ducoudray – BP 37013 – 21070 Dijon cedex  
Tél : 03-80-29-34-37 – Fax : 03-80-29-32-80  
[cnr@chu-dijon.fr](mailto:cnr@chu-dijon.fr)

## RENSEIGNEMENTS ÉPIDÉMIOLOGIQUES

### FORMULAIRE N°2 – FICHE GLOBALE

**Référent (nom, qualité) :**

**Caractéristiques de l'épidémie :**

- Lieu** (hôpital, maison de retraite, école, restaurant, domicile...) :  
.....
- Adresse** (rue, code postal, commune) : .....
- Date d'apparition des signes** : - pour le premier cas : ...../...../.....  
- pour le dernier cas : ...../...../.....
- Date de fin d'épidémie** : ...../...../.....
- Nombre de cas** : .....  
Dont nombre de patients hospitalisés suite à l'épidémie : .....  
Dont nombre de patients décédés suite à l'épidémie : .....
- Nombre de personnes exposées** : .....
- Nombre de cas dans les groupes d'âges suivants** :  
0-4 ans : ..... 15-64 ans : .....  
5-14 ans : ..... > 65 ans : .....
- Mode de transmission suspecté** :
  - Personne à personne
  - Alimentaire (hors coquillages)
  - Alimentaire puis personne à personne
  - Coquillages
  - Hydrique
  - Inconnu

Si alimentaire, préciser : - date du repas : ...../...../.....  
- aliment(s) incriminé(s) : .....  
- investigation virale des aliments : oui  non
- Durées moyennes** : - de l'incubation : ..... - des signes : .....
- Signes cliniques** : - nombre de cas avec :
  - vomissements uniquement : .....
  - diarrhée uniquement : .....
  - diarrhée et vomissements : .....
- Autres signes cliniques** : .....
- Analyses microbiologiques (bactériologie et parasitologie) réalisées** : oui  non 

Si oui, préciser : - nombre de patients : .....  
- résultats : .....



Centre Hospitalier Universitaire **Dijon**

*Centre National de Référence  
des Virus Entériques*

*Laboratoire de Virologie*

CHU – Plateau Technique de Biologie  
2 rue Angélique Ducoudray – BP 37013 – 21070 Dijon cedex  
Tél : 03-80-29-34-37 – Fax : 03-80-29-32-80  
[cnr@chu-dijon.fr](mailto:cnr@chu-dijon.fr)

**RENSEIGNEMENTS ÉPIDÉMIOLOGIQUES**

**FORMULAIRE N°3 – FICHE INDIVIDUELLE**

- Nom :**
- Prénom :**
- Date de naissance :**
- Sexe :**
- Date du prélèvement :**
  
- Signes cliniques :**
  - Vomissements
  - Diarrhée
  - Fièvre
  - Nausées
  - Douleurs abdominales
  - Autres (à préciser) :
  
- Durée des signes cliniques :** du ..... au .....
  
- Évolution des signes :** Guérison       Hospitalisation       Autre
  
- Résultats des analyses microbiologiques (bactériologie et parasitologie) :**