

Renseignements cliniques

Molécules reçues jusqu'à ce jour :

- Ganciclovir Oui Non
- Valganciclovir Oui Non
- Aciclovir Oui Non
- Valaciclovir Oui Non
- Foscarnet Oui Non
- Cidofovir Oui Non
- Maribavir Oui Non
- Autres :

Traitement immunosuppresseur actuel :

- Cyclosporine (Néoral, Sandimmun)
- Tacrolimus (Prograf, Advagraf)
- MMF (Cellcept)
- MPA (Myfortic)
- Sirolimus (Rapamune)
- Everolimus (Certican)
- Corticoïdes
- Belatacept
- Autre :

Prophylaxie :

OUI NON

Molécule	Posologie	Date de début	Créatininémie en début de TTT	Date de fin	Motif du changement de la molécule ou de la dose et réponse au traitement
		/ /		/ /	<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) :

OUI NON

Molécule	Posologie	Date de début	Créatininémie en début de TTT	Date de fin	Motif du changement de la molécule ou de la dose et réponse au traitement
		/ /		/ /	<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) curatif(s) :

OUI NON

Molécule	Posologie	Date de début	Créatininémie en début de TTT	Date de fin	Motif du changement de la molécule ou de la dose et réponse au traitement
		/ /		/ /	<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 :
		/ /		/ /	<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 : Echec ou inefficacité - D : Adaptation à la concentration résiduelle

Médecin prescripteur (nom et signature) :

Date de la prescription :/...../.....



Centre National de Référence CytomégaloVirus

Feuille de demande :

Recherche de résistance (à remplir par le virologue)



INSTITUT
DE VEILLE SANITAIRE

Renseignements Patient	Renseignements Virologue
Nom :	Nom:
Prénom :	Téléphone :
Nom de jeune fille :	Adresse :
Né(e) le :/...../..... Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>

Echantillons cliniques

Date du prélèvement : / /
Indiquer le nombre de prélèvements dans les cases

Pour le géotypage :

Sang total (aliquote $\geq 500\mu\text{L}$)	<input type="checkbox"/>	LCR	<input type="checkbox"/>
Leucocytes (culot sec)	<input type="checkbox"/>	ADN	<input type="checkbox"/>
LBA	<input type="checkbox"/>	Biopsies	<input type="checkbox"/>
Urines	<input type="checkbox"/>	Autres	<input type="checkbox"/>

Pour le phénotypage :

Souche virale	<input type="checkbox"/>
Prélèvement envoyé directement :	
- Sang hépariné	<input type="checkbox"/>
- LBA en milieu de transport	<input type="checkbox"/>
- Urines en milieu de transport	<input type="checkbox"/>
- Salive en milieu de transport	<input type="checkbox"/>

Pour le dosage de GCV : aliquote(s) de 1mL de plasma EDTA

Surveillance des dernières charges virales

Date :	Charge virale :	Nature et numéro interne des échantillons envoyés :
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		

MODALITES DE TRANSPORT AU CNR CMV (À la charge du CNR CMV)

Coordonnées du transporteur : (*prévenir la veille du jour de l'enlèvement et remplir la fiche TSE*)

TSE Express Médical	Code : CRCMV	Adresse : 40, rue Saint Jean de Dieu, 69366 LYON Cedex 07
Téléphone : 04 72 76 67 17	Fax : 04 72 72 94 54	e-mail : exploitation@tse-medical.fr

Pour le dosage de GANCICLOVIR :

- 2 aliquotes de 1mL minimum de plasma EDTA :

Température :

à -30°C

Pour le géotypage :

- Extrait d'ADN : à -30°C
- Sang total sur tube EDTA et/ou leucocytes préalablement aliquotés : à -30°C
- 1 tube de 7 mL de sang total EDTA à température ambiante (15-25°C)
- Autres : à -30°C

Température :

à -30°C

à -30°C

à température ambiante (15-25°C)

à -30°C

Pour le phénotypage :

- Envoyer de préférence une souche virale sur flacon de culture : (Compléter le flacon en milieu de culture pour l'envoi) à température ambiante (15-25°C)
- Lorsque l'isolement ne peut pas être pratiqué, adresser :
 - Sang total sur tube héparinate de SODIUM à température ambiante
 - Salives ou urines ou LBA en milieu de transport CMV à -30°C
 - Souche virale en DMSO à -30°C

Température :

à température ambiante (15-25°C)

à température ambiante

à -30°C

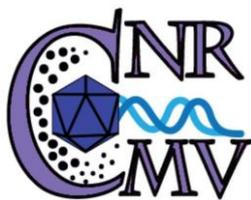
à -30°C

à -30°C

à -30°C

Médecin virologue (nom et signature) :

Date de l'envoi :/...../.....



Centre National de Référence CytomégaloVirus

Fiche de renseignements : Liste des non-conformités



En [France](#), tous les laboratoires d'analyses de biologie médicale ont une obligation d'accréditation selon la norme NF EN ISO 15189 depuis mai 2013. Notre Centre National de Référence CytomégaloVirus est engagé dans cette démarche.

Numéro	Non-conformité	Mineure	Majeure	Action curative proposée
1	Le conditionnement du prélèvement n'est pas respecté (triple emballage).	×		
2	Le conditionnement du prélèvement est ouvert ou cassé.		×	
3	Le délai de transport du prélèvement n'est pas respecté.	×		
4	La feuille de demande est absente.		×	
5	Absence de prescripteur ou information illisible.	×		
6	Absence d'identité patient sur la feuille de demande ou information illisible.		×	
7	Absence de renseignement clinique ou information illisible.	×		
8	Absence de l'historique des charges virales ou information illisible.	×		
9	Absence d'information pour l'encadré d'échantillon clinique ou information illisible.	×		
10	L'ordonnance pour le dosage de GCV est mal remplie ou absente.	×		
11	Absence de prélèvement.		×	
12	Le prélèvement est en quantité insuffisante pour être traité.		×	
13	Le prélèvement est mal identifié ou n'est pas identifié.		×	
14	Discordance d'identification entre le bon et le prélèvement.		×	
15	Le contenant du prélèvement est inapproprié pour l'analyse à effectuer.		×	

CONFORMITE :

Réceptionné le :

OUI NON

cadre réservé au CNR CMV

par :

Numéro de la non-conformité :