Centre National de Référence des Herpèsvirus

Feuille de demande :

Test QUANTIFERON CMV

Centre de Biologie et de Recherche en Santé
Service de Bactériologie-Virologie-Hygiène
CNR Herpèsvirus - 3ème étage
CHU de Limoges, 2 avenue Martin Luther King
87042 LIMOGES Cedex

Contacts

Responsable Pr Sophie ALAIN
Tél : 05-55-05-67-28 (ou 26), sophie.alain@chu-limoges.fr
Dr Sébastien HANTZ
Tél : 05-55-05-86-42, sebastien.hantz@chu-limoges.fr

Tél sec : 05-55-05-67-24, Fax : 05-55-05-67-22

A remplir par le clinicien

Prescripteur

Adresse ou tampon du service

PRESCRIPTEUR :.....
Téléphone :.....
Fax :.....
Email :.....

Patient

Nom :.....
Nom de jeune fille :.....
Prénom :.....
Né(e) le : / / Sexe : M ❒ F❒

Ou étiquette du patient

Contexte Clinique :

❒ Infection congénitale

❒ Déficit immunitaire complexe

❒ Déficit immunitaire acquis

❒ Greffe Nature de la greffe :.....
Date de la greffe :...../...../.....

❒ Autre :
.....
.....
.....

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 :.....

TSVP

Renseignements cliniques

PROTOCOLE CLINIQUE

- ORPHAVIC Oui ❒ Non ❒
- SOLSTICE 303 Oui ❒ Non ❒
- Autres :……

RECHERCHE DE RESISTANCE Oui ❒ Non ❒

AUTRE

*Prélèvements à transférer **à votre laboratoire** de virologie dans les 12 heures qui suivent, à température ambiante*

Préleveur :……**Date** :…/…/……**Heure** :…**h**…..

A remplir par le virologue

Surveillance des dernières charges virales CMV		
Date :	Charge virale :	Observations
/ /		
/ /		

Prélèvements

Les échantillons que vous pouvez envoyer :

☐ 3 tubes de 1 ml de sang du test QUANTIFERON-CMV incubés
☐ 3 tubes de 1 ml de sang du test QUANTIFERON-CMV incubés et centrifugés
☐ 3 aliquotes du plasma des tubes du test QUANTIFERON-CMV

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

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

	Température :
3 tubes de 1 ml de sang du test QUANTIFERON-CMV incubés	à 4°C
3 tubes de 1 ml de sang du test QUANTIFERON-CMV incubés et centrifugés	à 4°C
3 aliquotes du plasma des tubes du test QUANTIFERON-CMV	à 4°C ou -30°C

Médecin virologue (nom et signature) : **Date de l'envoi : ……/……/……**

Centre National de Référence des Herpèsvirus

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 Herpèsvirus est engagé dans cette démarche.

.

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

CONFORMITE : ***cadre réservé au CNR CMV***

Réceptionné le : …… par : ……..

☐ OUI ☐ NON Numéro de la non-conformité :…….