CHU CAEN NORMANDIE

Fiche de renseignements pour le diagnostic de la rougeole et de la rubéole à partir d'un prélèvement buccal

/!\ Nous vous alertons sur la **date de péremption des kits salivaires distribués : octobre 2024**

Procédure

→ Effectuer le prélèvement salivaire dans les cinq premiers jours suivant le début de l'éruption.

→ **Écouvillonner la muqueuse buccale entre la joue et la gencive à l'aide de l'embout en éponge afin qu'il soit bien imbibé de salive (1 minute).**

→ Remettre l'embout dans le tube plastique et bien refermer celui-ci.

→ Indiquer le nom et le prénom du patient sur l'étiquette, la coller sur le tube. Mettre le tube dans le sachet de protection à bulle permettant le transport.

→ Compléter la fiche de renseignements, la joindre au prélèvement et envoyer le tout au Centre national de référence dans l'enveloppe jointe.

Laboratoire de Virologie - Centre National de Référence Rougeole, Oreillons, Rubéole
Centre Hospitalier Universitaire - Bâtiment Biologie
Avenue de la Côte de Nacre, 14033 CAEN cedex 9
Tél. : 02 31 27 20 18 - Fax : 02 31 27 25 57 - Courriel : cnr-roug-para@chu-caen.fr

→ **La rougeole et la rubéole sont des maladies à déclaration obligatoire (DO). Les fiches de DO doivent être envoyées à l'ARS de votre lieu d'exercice dans les délais les plus brefs.** Ces fiches sont téléchargeables en utilisant les liens suivants ; pour rougeole : https://www.formulaires.service-public.fr/gf/cerfa_12554.do , et pour rubéole : https://www.formulaires.service-public.fr/gf/cerfa_15917_01.do

Information préalable au patient : en vertu du code de la santé publique et de la loi « informatique et liberté », chaque patient doit être informé de la possible utilisation dans des conditions préservant leur vie privée, de ses prélèvements et des données associées, à des fins de recherche et/ou de contribution aux missions du Centre national de référence (CNR) de la rougeole, des oreillons et de la rubéole. En effet, le CNR est notamment chargé au titre de ses missions (telles que définies à l'article D1413-46 du code de la santé publique) de conduire des travaux en vue d'améliorer le diagnostic et les connaissances sur ces virus et les pathologies qui en résultent. Toute recherche en matière de génétique humaine est exclue de cette démarche. Chaque patient peut, s'il le souhaite, refuser l'utilisation de ses prélèvement et/ou données associées. Pour ces travaux, les prélèvements et données associées feront l'objet d'une anonymisation qui ne permettra pas l'exercice des droits d'opposition, d'accès, de suppression et de limitation, le CNR ne pouvant plus ré-identifier la personne.
Suite à ces informations, le patient ou le(s) titulaire(s) de l'autorité parentale pour les mineurs /le tuteur pour les majeurs sous tutelle déclare :

☐ ***ne pas s'opposer*** ☐ ***s'opposer*** ☐ ***non informé***

à l'utilisation secondaire de son (ses) prélèvement(s) et données associées, à des fins de recherche et dans le cadre de la pathologie pour laquelle il consulte.

Patient

(merci de renseigner précisément les items ci-dessous)

Nom : ..... Prénom : ..... Sexe : M ☐ F ☐

Date de naissance : |_|_| |_|_| |_|_|_|_| Date de début d'éruption : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Date et heure du prélèvement : |_|_| |_|_| |_|_|_|_| à |_|_| h |_|_|

Confirmation biologique demandée en raison de :

- **Symptomatologie en faveur d'une rougeole :**
  Rougeole non compliquée ☐ Pneumonie ☐ Encéphalite ☐ PESS ☐
- **Symptomatologie en faveur d'une rubéole** : ☐
  Infection maternelle Oui ☐ Non ☐ Infection congénitale (Nouveau-né) Oui ☐ Non ☐

Antécédent de vaccination ROR : Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas ☐

Si oui : 1ère dose ☐ date : |_|_| |_|_| |_|_|_|_| 2nde dose ☐ date : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Retour d'un voyage : Oui ☐ Non ☐ si oui, préciser où : .....

Contexte particulier : Grossesse Oui ☐ Non ☐ Immunodépression Oui ☐ Non ☐

Médecin prescripteur

(à compléter pour l'envoi des résultats)

Cachet :

Nom – Prénom : .....

Adresse : .....

CP : |_|_|_|_|_| Ville : .....

Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Fax : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Courriel : .....@..... .....

Type de prélèvement(s) : ☐ liquide buccal (kit salivaire)
☐ autre, préciser : .....

À usage du CNR

Date et heure d'arrivée au laboratoire : |_|_| |_|_| |_|_|_|_| à |_|_| h |_|_|