


HIA Clermont-Tonnerre Brest Laboratoire de Biologie Médicale 	<b>Support d'enregistrement</b>	Code : PRA-SE-CNRLEISHM Version n°04
	<b>Demande d'expertise auprès du CNR des Leishmanioses</b>	Date d'application : 30/01/2018 Page : 1 / 6

VERSION	COMMENTAIRE	DATE
01	Mise en application	28/10/2014
02	Aucune modification	18/12/2015
03	Formulaire mis à jour par le CNR	27/12/2016
04	Ajout des technique PCR et frottis pour la recherche de Leishmaniose tegumentaire	30/01/2018

Rédaction	Vérification	Approbation	Validation
Date : 29/01/2018 Fonction : Responsable Qualité Visa électronique : BERNA Anaïs	Date : 29/01/2018 Fonction : Responsable des Systèmes d'Informations Visa électronique : LEFEBVRE Franck	Date : 30/01/2018 Fonction : Biologiste Responsable Visa électronique : VAILLANT Catherine	Date : 30/01/2018 Fonction : Responsable Documentaire Visa électronique : THIBAUT Fabien

## Informations pratiques : Modalités de fonctionnement

### 1. Déclaration des cas

Pour assurer l'ensemble de ses missions, le CNRL a besoin de votre collaboration et souhaite que vous lui déclariez les cas de leishmanioses que vous êtes amenés à diagnostiquer.

Des renseignements cliniques et épidémiologiques indispensables pour accomplir l'expertise vous sont demandés.

Ces renseignements sont mentionnés sur la fiche disponible (**ci-dessous**) ou pouvant être obtenue sur simple demande auprès du CNRL.

Personnes concernées : médecins hospitaliers et libéraux.

Modalités : envoi de la fiche de déclaration de cas remplie au : **Dr Laurence Lachaud**

Laboratoire de Parasitologie  
39, Avenue Charles Flahault  
34295 Montpellier cedex 5  
tel : 04 67 33 23 50  
fax : 04 67 33 23 58

### 2.1 . Envoi d'un prélèvement

Nature du prélèvement : moelle osseuse ou sang (leishmaniose viscérale), biopsie, grattage, curetage de lésions cutanée ou muqueuse (leishmanioses tégumentaires).

Pour les laboratoires susceptibles d'envoyer un prélèvement en vue du typage moléculaire et/ou isolement de souches : les modalités d'envoi sont les suivantes :

## PROCEDURES D'ENVOI DES PRELEVEMENTS EN VUE DE RECHERCHE D'UNE LEISHMANIOSE

**A envoyer en urgence par courrier spécial**

### I. Leishmaniose viscérale

#### 1. Moelle osseuse :

- Frottis de MO pour examen direct après coloration au MGG
- 0,5 ml de MO sur tube EDTA pour recherche PCR
- 0,5 ml de MO sur tube citraté pour culture sur milieu NNN

#### 2. Sang veineux périphérique

- 5 ml de sang veineux sur tube sec pour recherche d'anticorps
- 5 ml de sang veineux sur tube EDTA pour recherche PCR
- 10 ml de sang veineux sur tube citraté pour culture sur milieu NNN

### II. Leishmaniose tégumentaire

- Le grattage cutané ou muqueux sur le pourtour de la lésion à l'aide d'une curette, la ponction/aspiration de la lésion, ou encore la biopsie cutanée ou muqueuse sont les prélèvements à privilégier. Les échantillons seront expédiés à 4°C dans un tube stérile contenant 2 ml de RPMI ou sinon de sérum physiologique stérile, additionnés de Penicilline à raison de 50 ou 100 000 UI/mL ou de Gentamycine à 50µg/mL.

- Un écouvillonnage appuyé sur écouvillon sec sans milieu de transport est aussi acceptable pour la recherche du parasite par PCR.

- Un frottis sur lame du matériel obtenu par grattage de la lésion cutanée peut compléter l'envoi pour un examen direct.

- ajouter fiche de **déclaration de cas** et la fiche de **renseignements** complétées avec le plus de précision possible.

A adresser à : **Dr F. Pratlong ou Dr C. Ravel**

Laboratoire de Parasitologie  
39, Avenue Charles Flahault  
34295 Montpellier cedex 5  
tel : 04 67 33 23 50  
fax : 04 67 33 23 58

Cliquez pour nous renvoyer le formulaire

Si l'envoi automatique ne fonctionne pas : Enregistrez le fichier et envoyez le en pièce jointe à [cnr-leishmania@chu-montpellier.fr](mailto:cnr-leishmania@chu-montpellier.fr)

Nécessite un ordinateur relié à internet et un client de messagerie valide.

Centre National de Référence des <i>Leishmania</i> Laboratoire de Parasitologie CHU de Montpellier (Site Antonin Balmés) 39, Avenue Charles Flahault 34295 Montpellier Tél : (33) 467 33 23 50 - Fax : (33) 467 33 23 58	<b>DECLARATION DE CAS DE LEISHMANIOSE</b>	<b>Identité du correspondant</b>
---	---	----------------------------------

### RENSEIGNEMENTS GENERAUX

Votre référence anonymisée du patient:

Date de naissance : ..... jj/mm/aaaa Sexe : M  F

Nationalité : ..... Profession : .....

N. B. : Conformément à la délibération de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés n 85-07 du 19/2/1985, cette partie fait l'objet d'un fichier séparé auxquels seuls ont accès les responsables du CNRL. Elle a pour but d'éviter plusieurs enregistrements d'un même malade.

### EPIDEMIOLOGIE

Lieu de naissance : ville : ..... département : ..... Pays : .....  
Lieu actuel de résidence : ville : ..... département : ..... Pays : .....  
Lieux de résidences ou déplacements pendant l'année précédant le diagnostic de leishmaniose (notamment juin à sept. pour le pourtour méditerranéen) (Eventuellement sur plusieurs années : préciser l'année)

- ✓ .....
- ✓ .....
- ✓ .....
- ✓ .....

Lieu présumé de contamination .....  
Durée d'évolution de la maladie avant le diagnostic (en mois) : .....

### ANTECEDENTS PATHOLOGIQUES

Sujet HIV : positif  négatif  Facteur(s) de risque VIH : .....  
Taux de lymphocytes TCD 4 : ..... /mm<sup>3</sup>  
Sujet greffé : oui  non  Organe greffé : .....  
Traitement immunosuppresseur : oui  non  Type de traitement : ..... Durée : .....

### PARAMETRES CLINIQUES ET BIOLOGIQUES

#### 1) Leishmaniose viscérale

Asthénie  Fièvre  Amaigrissement  Adénopathies  Splénomégalie  Hépatomégalie  Ictère  
 Hémorragies  Pâleur cutanée  Œdèmes Signes cutanés : .....

Autres : .....

Anémie  (Taux Hb : ..... g/L) ; Neutropénie  (GB : ..... / G/L) Thrombopénie  (Plaquettes : ..... / G/L)

Hypergammaglobulinémie oui  non

#### 2) Leishmaniose cutanée

Lésion : unique :  multiple :  nombre : .....  
Siège : .....  
Type :  ulcération  nodule autre (préciser) : .....

#### 3) Atteinte muqueuse

Lésion muqueuse : unique :  multiple :  nombre : .....  
Siège : .....  
Type :  ulcération  destruction tissulaire  nécrose autre (préciser) : .....

### DIAGNOSTIC

Date du diagnostic de leishmaniose : ..... mois/année

Laboratoire ayant fait le diagnostic parasitologique : .....

Examen direct après coloration :  positif  négatif Organe (ou tissu) : .....

Culture *in vitro* :  positive  négative Organe (ou tissu) : .....

Recherche par PCR :  positive  négative

Diagnostic immunologique : ( ) UI  positif  négatif \* confirmé par Immunoempreinte : oui  non



<b>Formulaire d'accord de cession de souche(s) de <i>Leishmania</i></b>	Document Qualité n° : <b>EN-PR-06-01</b>
Création : 27/11/15 Validation : 27/11/15 <b>09/06/16</b>	

Je soussigné .....  
 adresse au Centre de Ressources Biologiques des *Leishmania* (CRB-L) de Montpellier la (les) souche(s)  
 suivante(s) :

(Code attribué par le donneur : 3 lettres maximum suivies d'un numéro d'ordre) :

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

accepte que cette (ces) souche(s) soi(en)t incluse(s) sans délai dans le catalogue public de la collection de souches de *Leishmania*, disponible sur Internet<sup>1</sup>,

souhaite que cette (ces) souche(s) reste(nt) ma propriété jusqu'à ce qu'elle(s) fasse(nt) l'objet d'une publication par mon laboratoire, ou à défaut de publication, pendant une période de 5 ans. Au terme de cette période, le CRB-L s'engage à me contacter pour renouveler la période d'embargo (soit un total maximum de 10 ans). En l'absence de réponse ou au delà de dix ans, la (les) souche(s) pourra (pourront) être mise(s) à disposition par le CRB-L.

Je suis informé(e) que :

1) les termes "inclusion dans le catalogue" et "mise à disposition" impliquent que cette (ces) souche(s) pourront être cédées par le CRB-L à la communauté scientifique moyennant un coût permettant de couvrir les frais engendrés par les cultures, la préparation et la conservation,

2) Cette (ces) souche(s) ne pourra (pourront) être cédée(s) à un laboratoire tiers que selon les conditions qui sont définies dans le contrat de demande de cession, et selon lesquelles le destinataire s'engage à ce que le Matériel Biologique soit utilisé exclusivement par les scientifiques travaillant dans son laboratoire ou sous sa responsabilité directe, sans pouvoir être distribué ou transmis à une tierce partie dans quelque but que ce soit, soit utilisé aux seules fins de recherche, à l'exclusion de toute application commerciale, soit utilisé uniquement en accord avec les lois et la réglementation applicables à ce type de Matériel Biologique, et ne soit pas utilisé sur des sujets humains pour des essais cliniques ou à des fins de diagnostic faisant appel à des sujets humains.

3)

Nom : ..... Prénom : ..... Date: .....

Adresse du déposant : ..... Signature du déposant :  
 .....  
 .....

**N.B.** : Ce formulaire doit impérativement être accompagné de la fiche de renseignements de la ou des souches(s) ([http://www.parasitologie.univ-montp1.fr/doc/Fiche\\_de\\_renseignements.pdf](http://www.parasitologie.univ-montp1.fr/doc/Fiche_de_renseignements.pdf))

Cocher la case adéquate; en format électronique Word, cliquer dans la case.

