

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

- Frottis de matériel obtenu par grattage de la lésion cutanée
- Biopsie réalisée à l'aide d'un punch (3 ou 4 mm de diamètre) expédiée dans un tube stérile contenant 2 ml de RPMI (avec éventuellement 10% de sérum de veau fœtal) ou d'une solution de Penicilline G en sérum physiologique stérile (100 000 UI/ml).

- 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

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

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 Internet¹,

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_reenseignements.pdf)

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

DEMANDE DE DIAGNOSTIC DE LEISHMANIOSE

cnr-leishmania@chu-montpellier.fr

RENSEIGNEMENTS PATIENT

NOM PRENOM :

Date de naissance :

Sexe : M F

Demandeur :

RENSEIGNEMENTS EPIDEMIOLOGIQUES OBLIGATOIRES

Lieux de résidences ou déplacements pendant l'année précédant le diagnostic de leishmaniose.

- ✓
- ✓
- ✓
- ✓

Lieu présumé de contamination

Durée d'évolution de la maladie avant le diagnostic (en mois) :

FACTEURS DE RISQUE

Sujet HIV : oui non

Sujet greffé : oui non

Organe greffé :

Traitement immunosuppresseur : oui non

Molécule :

FORME CLINIQUE

Leishmaniose viscérale

Altération état général Fièvre Adénopathies Splénomégalie Hépatomégalie Pancytopénie

Leishmaniose cutanée et/ou muqueuse

Lésion : unique multiple nombre :

ulcération nodule destruction tissulaire autre :

PRELEVEMENTS ET ANALYSES

1 - Type d'échantillon :

Moelle Sang autre :

Echantillon 1 : grattage biopsie Echantillon 2 : grattage biopsie Echantillon 3 : grattage biopsie

autre : autre : autre :

localisation : localisation : localisation :

.....

ADN

2 - Analyse(s) demandée(s) : PCR Culture Sérologie

Identification moléculaire

CONSERVATION ET D'ENVOI DES ECHANTILLONS : à +4 °C

(Modalités pratiques et conseils sur - <http://www.parasitologie.univ-montp1.fr/cnr12.htm>)