

**SEQUENCAGE UNIQUEMENT***(si un test de criblage a préalablement été effectué sur l'échantillon)* **CRIBLAGE + SEQUENCAGE***(le criblage sera effectué dans notre laboratoire avant le séquençage)*

<b>Hôpital / Laboratoire expéditeur</b> Prescripteur : ..... Adresse : ..... Service : ..... Téléphone : ..... Email du laboratoire : ..... Numéro de fax laboratoire : .....	<b>Coller une étiquette patient ou remplir :</b> Nom usuel : ..... Nom de naissance : ..... Prénom : ..... Date de naissance : ..... Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
---	--

Date du prélèvement : ..... Heure : .....

Prélèvement minimum 1 mL

Prélèvement inactivé :  OUI  NONCriblage effectué :  OUI  NON*Si oui, résultats du criblage (obligatoire) :*

Charge virale (Ct) : .....

**(NGS réalisable pour des Ct inférieurs à 28 uniquement)**

	+	-	nr		+	-	nr
N501Y	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E484K	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Del H69/V70	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E484Q	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L452R	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autre : .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K417N	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autre : .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nature du prélèvement :  Écouvillon nasopharyngé  Aspiration nasopharyngée  Prélèvement trachéal  
 Lavage broncho-alvéolaire  Salive  Autre : .....

**INDICATIONS DU SEQUENCAGE**

- Voyage à l'étranger ou dans une zone d'émergence d'un variant particulier < 15 jours  
 Résultat indéterminé en criblage ou  Patient A0B0C0 en criblage  
 Résultat atypique en RT-PCR de dépistage (ex : cible manquante)

Lieu : .....

- 
- Suspicion d'échec vaccinal

*(Définition MINSANTE : infection symptomatique > 15 jours après la 2e dose)*

**Vaccination :** Date ..... (1<sup>ère</sup> dose)  
 ..... (2<sup>ème</sup> dose)  
 ..... (3<sup>ème</sup> dose)

**Fabricant :** .....

- Contexte clinique particulier  Cas sévère  Patient immunodéprimé  Autre  
 Investigation de cluster  
 Suspicion de réinfection (uniquement si échantillons des deux épisodes avec Ct < 28)  
 Suspicion d'échec de traitement par anticorps monoclonaux  
 Autre : .....

**Dates :** PCR n°1 .....  
 PCR n°2 .....

Information remise/donnée au patient  oui  non (ou pour les mineurs, au titulaire de l'autorité parentale / pour les majeurs sous tutelle, au tuteur)

**Information préalable du patient :** En vertu du Code de la Santé Publique et de la Loi « Informatique et liberté », et dans le respect de la confidentialité, nous vous informons de la possible utilisation de vos échantillons biologiques et des données associées, à des fins de recherche par le laboratoire de le CNR virus des infections respiratoires (dont la grippe) ou Santé publique France. En effet, ces instituts conduisent des travaux de recherche en vue d'améliorer le diagnostic et les connaissances générales sur les virus grippaux, les autres virus respiratoires et les pathologies qui en résultent. Toute recherche en matière de génétique humaine est exclue de cette démarche. Vous pouvez, si vous le souhaitez, refuser l'utilisation à des fins de recherche de vos prélèvements et/ou données personnelles en vous adressant au laboratoire de Virologie du CHU de Lille (Boulevard du Pr Jules Leclercq 59037 Lille Cedex. Tél : 03 20 44 69 30) - \*recommandation HCSP