

# Dématérialisation des fiches de renseignements

Le **CNR des *Escherichia coli*, *Shigella* et *Salmonella*** (CNR-ESS) met en place une procédure de dématérialisation des **fiches de renseignements** qui accompagnent les souches envoyées à notre laboratoire.

Cette procédure, disponible sur l'application Web sécurisée **REDCap**, contribuera à optimiser les échanges de données entre votre laboratoire et le CNR-ESS.

Cette présentation a pour objectif de vous guider dans les différentes étapes de la nouvelle procédure.

# 1. Adresse Internet

Pour accéder au formulaire, veuillez saisir l'adresse suivante:

<https://redcap.pasteur.fr/surveys/?s=W98LC9ALPL>

**ATTENTION** : l'adresse doit être saisie **intégralement** pour se rendre sur la page ci-contre.



Centre national de référence des *Escherichia coli*, *Shigella* et *Salmonella*

Unité des bactéries pathogènes entériques

Institut Pasteur - 28, rue du Docteur Roux - 75724 PARIS CEDEX 15

TEL : 01 45 68 83 39

e-mail : [colishig@pasteur.fr](mailto:colishig@pasteur.fr) - [salmonella@pasteur.fr](mailto:salmonella@pasteur.fr)

Pr François-Xavier WEILL - Dr Maria PARDOS DE LA GANDARA - Dr Carolina SILVA NODARI

**Cette page est dédiée aux demandes pour *Salmonella* et *Shigella*/EIEC uniquement.**

Pour les *E. coli* entérohémorragiques (EHEC/STEC) et les *E. coli* d'origine extra intestinale (EXPEC), merci de vous adresser au laboratoire associé du CNR à l'hôpital Robert Debré de Paris : <http://cnr-escherichiacoli-robertdebre.aphp.fr/>

Si vous souhaitez modifier une demande existante, veuillez contacter le CNR-ESS par téléphone ou par courriel.

## Laboratoire

Sélectionnez dans la liste :

\* Obligatoire

Si votre laboratoire ne figure pas dans la liste, veuillez remplir la convention de preuve ci-jointe et la transmettre au secrétariat du CNR : [colishig@pasteur.fr](mailto:colishig@pasteur.fr) ou [salmonella@pasteur.fr](mailto:salmonella@pasteur.fr)

Vous recevrez une confirmation par mail lorsque votre convention sera acceptée ; vous pourrez alors remplir cette fiche de renseignements.

Pièce jointe :  [Convention de preuve VIERGE.docx](#) (343.5 kB)

Page suivante

## 2. Identification du laboratoire

Afin que vous puissiez remplir le formulaire sur REDCap, votre laboratoire doit figurer dans la base de données du CNR-ESS.

### 2.1. Sélection du laboratoire dans la base

Sélectionnez votre laboratoire dans le menu déroulant :

— en cliquant sur la flèche (cf. « **A** » sur l'image ci-contre),

Ou

— en saisissant des mots-clés (nom, code postal, ville, etc.) dans le champ (cf. « **B** » sur l'image ci-contre).

Une fois le laboratoire sélectionné, cliquer sur « Page suivante » (cf. « **C** » sur l'image ci-contre).



Centre national de référence des *Escherichia coli*, *Shigella* et *Salmonella*

Unité des bactéries pathogènes entériques

Institut Pasteur - 28, rue du Docteur Roux - 75724 PARIS CEDEX 15

TEL : 01 45 68 83 39

e-mail : [colishig@pasteur.fr](mailto:colishig@pasteur.fr) - [salmonella@pasteur.fr](mailto:salmonella@pasteur.fr)

Pr François-Xavier WEILL - Dr Maria PARDOS DE LA GANDARA - Dr Carolina SILVA NODARI

**Cette page est dédiée aux demandes pour *Salmonella* et *Shigella*/EIEC uniquement.**


Pour les *E. coli* entérohémorragiques (EHEC/STEC) et les *E. coli* d'origine extra intestinale (EXPEC), merci de vous adresser au laboratoire associé du CNR à l'hôpital Robert Debré de Paris : <http://cnr-escherichiacoli-robertdebre.aphp.fr/>

Si vous souhaitez modifier une demande existante, veuillez contacter le CNR-ESS par téléphone ou par courriel.

Laboratoire


Sélectionnez dans la liste :

\* Obligatoire

**B**  **A**

Si votre laboratoire ne figure pas dans la liste, veuillez remplir la convention de preuve ci-jointe et la transmettre au secrétariat du CNR : [colishig@pasteur.fr](mailto:colishig@pasteur.fr) ou [salmonella@pasteur.fr](mailto:salmonella@pasteur.fr)

Vous recevrez une confirmation par mail lorsque votre convention sera acceptée ; vous pourrez alors remplir cette fiche de renseignements.

Pièce jointe :  [Convention de preuve VIERGE.docx](#) (343.5 kB)

Page suivante **C**

## 2.2. Intégration d'un nouveau laboratoire

Les laboratoires ne figurant pas dans le menu déroulant doivent remplir et envoyer au CNR-ESS une **convention de preuve**, téléchargeable au format **.docx** (cf. « D » sur l'image ci-contre).

Vous serez informé de l'intégration de votre laboratoire dans notre base de données. Vous pourrez ensuite utiliser REDCap pour la saisie.



Centre national de référence des *Escherichia coli*, *Shigella* et *Salmonella*

Unité des bactéries pathogènes entériques

Institut Pasteur - 28, rue du Docteur Roux - 75724 PARIS CEDEX 15

TEL : 01 45 68 83 39

e-mail : [colishig@pasteur.fr](mailto:colishig@pasteur.fr) - [salmonella@pasteur.fr](mailto:salmonella@pasteur.fr)

Pr François-Xavier WEILL - Dr Maria PARDOS DE LA GANDARA - Dr Carolina SILVA NODARI

**Cette page est dédiée aux demandes pour *Salmonella* et *Shigella*/EIEC uniquement.**

Pour les *E. coli* entérohémorragiques (EHEC/STEC) et les *E. coli* d'origine extra intestinale (EXPEC), merci de vous adresser au laboratoire associé du CNR à l'hôpital Robert Debré de Paris : <http://cnr-escherichiacoli-robertdebre.aphp.fr/>

Si vous souhaitez modifier une demande existante, veuillez contacter le CNR-ESS par téléphone ou par courriel.

Laboratoire

Sélectionnez dans la liste :

\* Obligatoire

Si votre laboratoire ne figure pas dans la liste, veuillez remplir la convention de preuve ci-jointe et la transmettre au secrétariat du CNR : [colishig@pasteur.fr](mailto:colishig@pasteur.fr) ou [salmonella@pasteur.fr](mailto:salmonella@pasteur.fr)

Vous recevrez une confirmation par mail lorsque votre convention sera acceptée ; vous pourrez alors remplir cette fiche de renseignements.

Pièce jointe :  [Convention de preuve VIERGE.docx](#) (343.5 kB) **D**

Page suivante

### 3. Fiche de renseignements

**ATTENTION** : les champs pourvus d'un astérisque **rouge** sont **obligatoires** ; sinon la fiche de renseignements ne pourra être validée.

Néanmoins, **nous vous prions de bien vouloir remplir tous les champs**, même ceux sans astérisque.

Veuillez choisir la souche à analyser afin d'être dirigé vers les champs importants.

NB: l'identifiant de demande sera rempli automatiquement lorsque vous saisissez la date de la demande.

Adresse électronique de votre laboratoire :

nastassia.tvardik@pasteur.fr

\* Obligatoire

Si les coordonnées de votre laboratoire ont changé merci d'en informer le secrétariat du CNR : [colishig@pasteur.fr](mailto:colishig@pasteur.fr) ou [salmonella@pasteur.fr](mailto:salmonella@pasteur.fr)

#### Mentions obligatoires

Par la validation de ce formulaire vous attestez que :

- Le patient a été informé que ses prélèvements biologiques pouvaient être utilisés à des fins de recherche et il ne s'y oppose pas.
- S'agissant de ses données personnelles, le patient a pris connaissance de ses droits d'accès et de rectification, conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978.
- Cette demande a valeur de contrat.

Date de la demande

 Aujourd'hui D-M-Y

\* Obligatoire

Identifiant de demande : \_\_\_\_\_-18717

#### Bactérie

Type

\* Obligatoire

- Salmonella  
 Shigella/EIEC

[effacer la réponse](#)

Pour les *E. coli* entérohémorragiques (EHEC/STEC) et les *E. coli* d'origine extra intestinale (EXPEC), merci de vous adresser au laboratoire associé du CNR à l'hôpital Robert Debré de Paris : <http://cnr-escherichiacoli-robertdebre.aphp.fr/>

### 3. Fiche de renseignements

**ATTENTION** : les champs pourvus d'un astérisque **rouge** sont **obligatoires** ; sinon la fiche de renseignements ne pourra être validée.

Néanmoins, **nous vous prions de bien vouloir remplir tous les champs**, même ceux sans astérisque.

Les champs présents dans l'image ci-contre sont identiques pour les demandes d'analyse de *Salmonella* et de *Shigella*/EIEC.

## Renseignements sur le patient

Nom :

\* Obligatoire

En MAJUSCULE et sans caractères spéciaux (é, è, -, \*,...)

Merci de saisir un nom complet !

Prénom :

\* Obligatoire

En MAJUSCULE et sans caractères spéciaux (é, è, -, \*,...)

Merci de saisir un prénom complet !

Date de naissance :

\* Obligatoire

  D-M-Y  
jj/mm/aaaa

Sexe :

\* Obligatoire

Homme  Femme  Autre

effacer la réponse

Code postal (domicile du patient) :

Voyage au cours des deux derniers mois

*Cette information est essentielle pour la surveillance épidémiologique nationale (distribution des sérotypes et des résistances aux antibiotiques).*

\* Obligatoire

Oui  Non  Non précisé

effacer la réponse

Type de cas :

\* Obligatoire

Isolé  
 Groupé  
 Ne sait pas

effacer la réponse

### 3. Fiche de renseignements - *Salmonella*

Les champs présents dans l'image ci-contre sont spécifiques pour les demandes d'analyse de *Salmonella*.

**ATTENTION** : les champs pourvus d'un astérisque **rouge** sont **obligatoires** ; sinon la fiche de renseignements ne pourra être validée.

Néanmoins, **nous vous prions de bien vouloir remplir tous les champs**, même ceux sans astérisque.

Une fois les informations remplies, cliquer sur « Page suivante » (cf. l'image ci-contre).

Aliment suspecté	<input type="text"/>
	<small>(notez NSP si vous n'avez pas l'information)</small>
Présence de nouveaux animaux de compagnie au domicile (NAC) :	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Inconnu
	<a href="#">effacer la réponse</a>
<b>Informations sur le prélèvement</b>	
Référence du dossier :	<input type="text"/>
Type :	<input type="radio"/> Selles (coproculture) <input type="radio"/> Sang (hémoculture) <input type="radio"/> Urines <input type="radio"/> Autre
<small>* Obligatoire</small>	<a href="#">effacer la réponse</a>
Date :	<input type="text"/> <small>31</small> <input type="button" value="Aujourd'hui"/> D-M-Y
<small>* Obligatoire</small>	
Identification bactérienne :	<input type="text"/>
<small>* Obligatoire</small>	
Sérotype / agglutinations faites par le laboratoire :	<input type="text"/>
<b>Merci de nous transmettre l'antibiogramme par courrier postal avec l'échantillon.</b>	
Commentaire	<input type="text"/>
	<a href="#">Agrandir</a>
<input type="button" value="Page précédente"/>	<input type="button" value="Page suivante"/>




### 3. Fiche de renseignements - *Shigella*

Les champs présents dans l'image ci-contre sont spécifiques pour les demandes d'analyse de *Shigella*/EIEC.

**ATTENTION** : les champs pourvus d'un astérisque **rouge** sont **obligatoires** ; sinon la fiche de renseignements ne pourra être validée.


Néanmoins, **nous vous prions de bien vouloir remplir tous les champs**, même ceux sans astérisque.

Une fois les informations remplies, cliquer sur « Page suivante » (cf. l'image ci-contre).


Lieu de contamination	<input type="text"/>
Symptômes	<input type="checkbox"/> Diarrhée <input type="checkbox"/> Diarrhée sanglante <input type="checkbox"/> Fièvre <input type="checkbox"/> Complications intestinales <input type="checkbox"/> Symptômes neurologiques <input type="checkbox"/> Asymptomatique <input type="checkbox"/> Autres
<b>Informations sur le prélèvement</b>	
Référence du dossier :	<input type="text"/>
Type : * Obligatoire	<input type="radio"/> Selles (coproculture) <input type="radio"/> Sang (hémoculture) <input type="radio"/> Urines <input type="radio"/> Autre <a href="#">effacer la réponse</a>
Date : * Obligatoire	<input type="text"/>  <input type="button" value="Aujourd'hui"/> D-M-Y
Identification bactérienne : * Obligatoire	<input type="text"/>
Méthode d'identification : Sur le prélèvement :	<input type="checkbox"/> PCR Multiplex <input type="checkbox"/> Culture
Méthode d'identification : Sur la colonie :	<input type="checkbox"/> Identification biochimique <input type="checkbox"/> Séro-agglutination <input type="checkbox"/> Spectrométrie de masse <input type="checkbox"/> Autre
<b>Merci de nous transmettre l'antibiogramme par courrier postal avec l'échantillon.</b>	
Commentaire	<input type="text"/> <a href="#">Agrandir</a>
<input type="button" value="Page précédente"/>	<input type="button" value="Page suivante"/>

### 3. Fiche de renseignements

**ATTENTION** : veuillez vérifier les dates de naissance du patient et de prélèvement ainsi que la cohérence entre les deux dates, sinon vous ne pourrez pas passer à l'étape suivante.

Date de naissance :   D-M-Y  
\* Obligatoire jj/mm/aaaa

Si la date de prélèvement saisie est antérieure à la date de naissance du patient, un message s'affichera.

Date :   Aujourd'hui D-M-Y  
\* Obligatoire

Attention, la date de prélèvement est antérieure à la date de naissance du patient. Merci de vérifier les informations saisies.

Centre national de référence des *Escherichia coli*, *Shigella* et *Salmonella*  
 Unité des bactéries pathogènes entériques  
 Institut Pasteur - 28, rue du Docteur Roux - 75724 PARIS CEDEX 15  
 TEL : 01 45 68 83 39  
 e-mail : [ecolishig@pasteur.fr](mailto:ecolishig@pasteur.fr) - [salmonella@pasteur.fr](mailto:salmonella@pasteur.fr)  
 Pr François-Xavier WEILL - Dr Maria PARDOS DE LA GANDARA - Dr Carolina SILVA NODARI

TEST | 123, rue test test test | 98765 | TEST | [nastassia.tvardik@pasteur.fr](mailto:nastassia.tvardik@pasteur.fr)

Votre demande du 16-02-2024

Bactérie : **Shigella/EIEC**

[Renseignements sur le patient](#)

Nom, prénom : TEST , TEST

Date de naissance : 01-02-2024

Sexe : Femme

Code postal (domicile) : 75000

Voyage au cours des deux derniers mois : Non : \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Cas : Ne sait pas

Nombre : \_\_\_\_\_

Lieu : \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

TIAC : \_\_\_\_\_

Aliment suspecté : \_\_\_\_\_

Lieu de contamination : NSP

Symptômes : Diarrhée, Fièvre, \_\_\_\_\_

Date de début des symptômes : 15-02-2024

[Renseignements sur le prélèvement](#)

Type de prélèvement : Selles (coproculture), \_\_\_\_\_

Date de prélèvement : 16-02-2024

Identification : **Shigella spp.**

[Méthodes d'identification](#)

- sur le prélèvement : PCR Multiplex, Culture

- sur la colonie : Spectrométrie de masse \_\_\_\_\_

Commentaire : \_\_\_\_\_

Identifiant :

2024-18717



Powered By IDAutomation.com

## 4. Récapitulatif

**Veillez vérifier** que toutes les informations figurant dans la page d'aperçu (cf. image ci-contre) sont correctes.

Cette dernière page doit être **imprimée et envoyée** avec l'échantillon bactérien correspondant.

Il est important que tout le document, incluant le code-barres, soit **imprimé sur une même page**.

Cela peut nécessiter de réduire l'échelle de l'image (par exemple à 75 ou 80%) lors de l'impression.

Merci d'inclure l'antibiogramme dans l'envoi avec l'échantillon.

Le code-barres est nécessaire pour le traitement du dossier par le CNR-ESS. Merci de vérifier qu'il est lisible sur l'impression.

**Cliquez sur « Enregistrer et envoyer ma demande » pour valider et transférer la fiche au CNR-ESS.**

## 4. Récapitulatif

**Veillez vérifier** que toutes les informations figurant dans la page d'aperçu (cf. image ci-contre) sont correctes.

Cette dernière page doit être **imprimée et envoyée** avec l'échantillon bactérien correspondant.

Il est important que tout le document, incluant le code-barres, soit **imprimé sur une même page**.

Cela peut nécessiter de réduire l'échelle de l'image (par exemple à 75 ou 80%) lors de l'impression.

Merci d'inclure l'antibiogramme dans l'envoi avec l'échantillon.

Le code-barres est nécessaire pour le traitement du dossier par le CNR-ESS. Merci de vérifier qu'il est lisible sur l'impression.

**Cliquez sur « Enregistrer et envoyer ma demande » pour valider et transférer la fiche au CNR-ESS.**

Identifiant :

2024-18717



Powered By IDAutomation.com

**\*\* Pensez à joindre l'antibiogramme aux échantillons \*\***

**\*\* Vous devez imprimer cette page et la joindre aux échantillons, avec une copie de l'antibiogramme \*\***

Dans votre navigateur, allez dans les paramètres (en haut à droite généralement) puis dans les options proposées choisissez Imprimer.

Ou bien, faites Ctrl+P (Windows) ou Cmd +P (Mac).

Veillez vérifier que toutes les informations ci-dessus sont présentes dans la page d'aperçu et ajuster l'échelle pour tout tienne sur une seule page en format A4 (à 75% ou 80%).

Choisissez la bonne imprimante.

Cliquez enfin sur Imprimer.

**\*\* Une fois la page imprimée, veuillez cliquer sur "Enregistrer et envoyer ma demande" pour qu'elle soit validée \*\***

Pour toute demande, tout renseignement ou pour envoyer des souches d'origine non humaine, veuillez nous contacter par téléphone (01 45 68 83 39) ou par courriel ([colishig@pasteur.fr](mailto:colishig@pasteur.fr)).

Pour les *E. coli* entérohémorragiques (EHEC/STEC) et les *E. coli* d'origine extra intestinale (EXPEC), merci de vous adresser au laboratoire associé du CNR à l'hôpital Robert Debré de Paris : <http://cnr-escherichiacoli-robertdebre.aphp.fr/>

Nous vous remercions de votre collaboration à la surveillance épidémiologique des infections dues aux *Shigella*/EIEC.

[Page précédente](#)

[Enregistrer et envoyer ma demande](#)

Pour toute demande ou tout renseignement, veuillez nous contacter :

- par téléphone au **01 45 68 83 39**
- par courriel à **colishig@pasteur.fr** ou à **salmonella@pasteur.fr**

Nous vous remercions de votre collaboration à la surveillance épidémiologique.