



	Pré analytique Le manuel de prélèvement Chapitre 2 La bonne prescription	LABO-1204 Version 9
		Date d'application 2022-01-27

DESTINATAIRE(S) (Fonction ou nom)
Biologistes médicaux Cadres de santé Directeur coordonnateur des soins Directrice de l'établissement Infirmiers diplômés d'Etat Médecins Président du CLIN et membres du CLIN Sages- femmes Secrétaires de laboratoire Techniciens de laboratoire

ACTION	RESPONSABLE Prénom - Nom –Fonction	DATE	SIGNATURE
Rédaction	Anne-Marie HILLION –Responsable qualité-TQ	11/01/2022	
Vérification	Marie Noëlle Langlois- Secrétaire	11/01/2022	
Approbation	Valérie PEIRASSO-Cadre de santé	12/01/2022	
	Marie DELPECH- Biologiste Responsable	13/01/2022	
Seule la version électronique fait foi			

Objet et domaine d'application

Ce mode opératoire décrit les modalités pour réaliser une prescription conforme.

Il s'applique à tout le personnel soignant habilité à la prescription ainsi qu'au personnel du laboratoire qui doit établir la conformité de la prescription pour valider la conformité du prélèvement.

Responsabilité

- Les prescriptions sont établies par le personnel habilité à le faire.
- Les examens de biologie médicale sont réalisés sous la responsabilité des biologistes médicaux (Art. L. 6211-7 et 6211-15 ordonnance).
- L'engagement à respecter les exigences du manuel de prélèvement est contractualisé avec la Direction de l'établissement, la Direction des soins de l'établissement, les services de soins.
- Le Directeur de l'établissement veille à leur application.
- Les responsabilités s'appuient sur les règles de fonctionnement définies en concertation entre les secteurs d'activités cliniques et le laboratoire de biologie médicale (cf. Manuel de certification HAS V2010 avril 2011).
- Le personnel soignant s'engage à respecter les exigences du laboratoire, spécifiées dans le manuel de prélèvement rédigé et mis à jour par le biologiste-responsable du laboratoire.
- Le biologiste responsable s'engage à tenir à jour le manuel de prélèvement.

Références



Norme NF EN ISO 15189- Laboratoire de Biologie médicale-Exigences concernant la qualité et la compétence-2012

SH REF 02- Recueil des exigences spécifiques pour l'accréditation des laboratoires de biologie médicale.

SH GTA 01- Guide technique d'accréditation en biologie médicale.

Annales de Biologie Clinique 2010- Recommandations pour l'accréditation des laboratoires de biologie médicale-hors série n°1-Phase pré analytique- Analytique.

Code de santé publique L6211-8 modifié par l'ordonnance du 13/01/2011

HAS Manuel de certification des établissements de santé V2010– avril 2011

Référence 21 « La prise en charge des analyses, prélèvements et transmission des résultats »

Critère 21-a « Prescription d'analyses, prélèvement et transmission des résultats »

Ordonnance n° 2010-49 du 13 janvier 2010 relative à la biologie médicale.


Décret n° 2016-46 du 26 janvier 2016 relatif à la biologie médicale.

Version	Date	Modifications
1	29/10/2007	Création: « Quelques recommandations »
2	07/10/2011	Mise en conformité selon la norme 15189
3	16/04/2013	Mise à jour des référentiels Ajout de la signature du prescripteur pour les ordonnances Mise en place de la fiche de suivi médical Ajout d'examen = prescription sur formulaire spécifique
4	09 /10/2014	Mise à jour du référentiel Pour un rajout d'analyses, aucune demande orale ne sera acceptée. Utiliser le bon de rajout
5	10/12/2015	Mise à jour du référentiel Ajout des nouveaux bons <ul style="list-style-type: none"> • Bon jaune-« bon de demande en urgence d'analyses sanguines» • Bon vert – « Bon de demande d'analyses de microbiologie » • Bon rose-« Bon de demande d'analyses urinaires » • Nouvelle fiche de suivi médical • Nouveau bon de rajout
6	02/01/2017	Ajout Décret n° 2016-46 Ajout des modalités en cas d'urgence vitale Ajout de la fiche de suivi médical –prélèvement urinaire et microbiologique
7	07/01/2019	Modification du délai de rendu des hémocultures dans l'exemple. Ajout au niveau du bon rose de l'obligation du renseigner le service. Mise à jour de la fiche de suivi médical sanguin et de la feuille de rajout d'analyses.
8	31/12/2019	Mise à jour de la fiche de rajout d'examen V4 en v5. Mise à jour avec les nouveaux biologistes. Mise à jour avec la nouvelle fiche de suivi médical- V7
9	27-01-2022	Ajout du nouveau bon « COVID » et utilisation de ce bon. Mise à jour du bon de rajout V6

La bonne prescription

Etiquette Patient

Service :



Centre Hospitalier Comminges Pyrénées
1111 DE SAINT BLANCAIRD - 31111 L'UNION

Laboratoire
Tél. : 05 62 00 44 50
C. AMITHOUX - M. DEUTCH - J. LABARRE
S. MOULI - Y. VALLS LABROSSE


N° Labo

OP : _____
 - H - _____

Tét. : 05 62 00 44 50
 EDTA _____ Hép _____ Rouge _____
 VS _____ Ca _____ Jaune _____ Fluoré _____

SAN9
 V9 2016-12

BON DE DEMANDE D'ANALYSES SANGUINES



Prescripteur

Prêteur

☐ Labo Cord ☐ Labo U
☐ Labo NC

Date de Prél. / /

Heure :

☐ Bilan standard Méd A et B
☐ Bilan standard Méd C

☐ BVR (Mater)
☐ Bilan standard Chirurgie

☐ Bilan standard SSR & USLD
☐ Bilan CSG
☐ Bilan HJ

☐ Bilan Réa (Contrôle)
☐ Bilan Réa (Suivi)

Hématologie EDTA VIOLET
☐ Numération
☐ Numération + Formule
☐ Réticulocytes

☐ VS (Tube à bouchon NOIR)

☐ Biochimie (sauf glycémie) VERT
☐ Sodium
☐ Potassium
☐ Chlore
☐ Réserve alcaline
☐ Protéines
☐ Calcium
☐ CRP
☐ Bilirubine totale
☐ Urée
☐ Créatinine

☐ Exploration Anomalie Lipidique VERT
☐ Triglycérides
☐ Cholestérol total
☐ Cholestérol HDL

Coagulation Citrate BLEU
☐ TP - TCA - Fibrin
☐ TP
☐ TCA
☐ Fibrinogène
☐ D Dimères
☐ INR
☐ Anti-Xa HNF (héparinémie)
☐ Anti-Xa HSPM

☐ Bilan martial VERT
☐ Fer
☐ Transferrine
☐ Ferritine

Médecaments
☐ Opioïde (Tube ROUGE)
 Tube EDTA (coché)
☐ Vancomycine
☐ Amikacine
☐ Gentamicine

Trait antithrombotique
☐ Patient sous HNF
☐ Patient sous AVK
☐ Patient sous HBPM
☐ Patient sous Xa360
☐ Patient sous Aspirine
☐ Patient sous Plavix
☐ Patient sous Clozapine
☐ Patient sous Argatroban
☐ Patient sous Angio
☐ AVK stoppés
☐ Info exposés à danger

☐ Pas d'anticoagulant
☐ Patient sous AVK
☐ Patient sous Xa360
☐ Patient sous Plavix
☐ Patient sous Argatroban
☐ Patient sous Angio
☐ Info exposés à danger

☐ Glycémie (tube fluoré - GRIS)

Cardiologie 1 VERT (sauf BNP- Violet)
☐ TGO
☐ TGP
☐ CGT
☐ CKMB
☐ Myoglobine

☐ BNP (VIOLET)
 1 tube prélevé que sur 10 minutes

Immunohématologie EDTA VIOLET
☐ Groupe sanguin
☐ Transfusion dans les 3H
☐ RHU
☐ Coombs direct
☐ Groupe Rhésus, Rh
☐ Croisement en coque
☐ Autocontrôle
☐ Croisement interrompue

Biochimie autres examens
☐ Uré Glycémie (HSA) (VIOLET)
☐ Ac uriques (VERT)
☐ Bicarbonate (VERT)
☐ Phosphore (JAUNE)
☐ PAA (JAUNE+VERT)
☐ Bilan nutritionnel (JAUNE+VERT)
☐ Magnésium (VERT)
☐ Phosphore (VERT)
☐ Tricétoprotéine peptidique urique (JAUNE)
☐ Vitamine B12 (JAUNE)
☐ Vitamine D (JAUNE)
☐ Vitamine C (JAUNE)

Marqueurs tumoraux 2 Sec+gel JAUNE
☐ AGE
☐ CA 19-9
☐ CA 125
☐ AFP
☐ CA 15-3
☐ PSA

Injection anti D (Rhopylac) ?
☐ NON ☐ OUI Date : _____

Sérologie 2 tubes Sec+gel JAUNE
☐ CMV
☐ EBV
☐ Hbs test
☐ Rubéole
☐ Tricétoprotéine peptidique urique (JAUNE)
☐ Vitamine B12 (JAUNE)
☐ Vitamine D (JAUNE)

☐ Lymphodépistage
☐ Hépatite A (IgM)
☐ Hépatite B
☐ AgHBe
☐ Ac anti-HBs
☐ Ac anti-HBc
☐ Hépatite C

Toxicologie
☐ Alcoolémie (Tube VERT)
☐ Paracétamol (Tube JAUNE)

☐ Benzodiazépines (Tube VERT)
☐ Tricétoprotéine (Tube VERT)

Autres analyses sanguines

Renseignements

1-Les divers types de bons de demande du CHCP:



Bons blancs = Bon de demande d'analyses sanguines = Examens non urgents

- Cocher le bilan souhaité



Bons jaunes = Bon de demande en urgence d'analyses sanguines

Cocher :

- Soit le bilan souhaité, **préciser la raison de l'urgence (renseignements cliniques)**
- ou si nécessaire, **cibler les analyses prioritaires. Coche par paramètres.** Si un paramètre est plus urgent que les autres, l'indiquer sur le bon **(+++)**.

En cas d'un **bilan avec urgence vitale**, avertir le laboratoire pour que celui-ci s'organise au mieux et mettre le bon jaune dans une poche de transport rouge. (Uniquement service des urgences)

Bons jaunes + poche rouge = urgence vitale



+



Il sera prioritaire au niveau du laboratoire et sera traité immédiatement.



Bons verts = Bon de demande d'analyses de microbiologie :

- Cocher les renseignements cliniques généraux-**Obligatoire**

Ne pas oublier de remplir la présence ou l'absence du traitement antibiotique-**Obligatoire**

- Cocher le prélèvement souhaité.

Cocher les renseignements cliniques spécifiques au prélèvement.

S'il y a plusieurs prélèvements d'origine différente (ex: expectoration et hémoculture), utiliser obligatoirement un bon vert par prélèvement, car le délai de rendu des résultats n'est pas le même selon le prélèvement. (Ex. 48 H pour une expectoration et 5 Jours en cas d'hémoculture stérile).



Bon rose= Bon de demande d'analyses urinaires

- Cocher les analyses urinaires souhaitées.
- Renseigner les renseignements cliniques-**Obligatoire** sauf analyse de biochimie.
- Renseigner la diurèse en cas d'analyse de biochimie urinaire.



Bon Blanc COVID= Bon de demande spécifique au COVID

- Cocher l'analyse souhaitée
- Noter obligatoirement les coches signalées par une *.
- Noter les autres renseignements cliniques en cochant les bonnes réponses.

2- Remplissage conforme d'un bon de demande du CHCP

- **Utiliser un stylo à bille noir ou bleu.**

- **Ecrire de manière lisible.**

- **Ne pas utiliser de photocopie de bons**, le code barre du haut et les pointillés des cotés sont des repères pour scanner les bons.



L'utilisation d'une **encre rouge** ou **verte** ne permet pas la lecture du bon.

Veuillez ne pas **empiéter sur les bandes en pointillées le long des bons** sinon « lecture impossible ».

-Renseignements obligatoires :

- l'identification du service
- l'identification du prescripteur
- l'identification du préleveur
- la date et l'heure de prélèvement
- l'identification du patient : étiquette Pastel de préférence

Sauf cas particulier patient « sous X », « plan blanc » voir procédure interne du centre hospitalier.

- Les renseignements cliniques

Les renseignements cliniques **pertinents** pour la réalisation des analyses et la validation des résultats, doivent être **obligatoirement** renseignés sur le bon de demande au niveau de l'encadré « renseignements » ou dans les cases pré- définies.

Vous disposez du catalogue Exabio pour le type de renseignement à donner en fonction de l'analyse ainsi que le chapitre 5 du manuel de prélèvement « Les bons renseignements ».



Ne pas oublier la présence ou l'absence des anticoagulants pour les prescriptions d'hémostase et les renseignements cliniques et thérapeutiques indispensables à la bonne prise en charge des patients.

3-Modèles de remplissage conformes

Identification du service
Obligatoire

Identification patient : étiquette pastel.
Obligatoire

Identification du prescripteur
Obligatoire

Statut du traitement anticoagulant
Obligatoire

Transfusion dans les 8 h
La carte de groupe et la RAI sont réalisées dans les 2h.
A cocher **obligatoirement si nécessaire**

3

Voir page 9

En cas de grossesse.
Pour les RAI :
Renseigner le statut de la grossesse et la notion d'injection de Rhophylac.

Service : _____

Centre Hospitalier Comminges Pyrénées
SITE DE SAINT PLANCARD / SITE D'ENCORE

OP : _____

N° Labo : _____

Laboratoire
Tél. : 05 62 00 44 50
F. LABONNE - M. DEUPICH - S. NOUËL - V. VALLS LABONNE

EDTA _____ Hep _____ SANG
Cit _____ Sec _____ v8 2015-12

BON DE DEMANDE D'ANALYSES SANGUINES

Prescripteur : _____ Préleveur : _____

Date de Prél. : ____ / ____ / ____ Heure : ____ : ____

☐ Labo Conf ☐ Labo U
☐ Labo NC

☐ Bilan standard Méd A et B ☐ BVR (Mater) ☐ Bilan standard SSR & USLD ☐ Bilan Réa (entrée)
☐ Bilan standard Méd C ☐ Bilan standard Chirurgie ☐ Bilan CSG ☐ Bilan Réa (suivi)
☐ Bilan HJ

Hématologie EDTA VIOLET

☐ Numération ☐ Numération + Formule
☐ Réticulocytes
☐ VS (Tube à bouchon NOIR)

Coagulation Citraté BLEU

☐ TP - TCA - Fibril
☐ TPA
☐ Fibrinogène
☐ D Dimères
☐ INR
☐ Anti-Xa HNF (héparinémie)
☐ Anti-Xa HBPM

Immuno Hématologie EDTA VIOLET

☐ Groupe sanguin ☐ Transfusion dans les 8h
☐ RAI
☐ Coombs direct ☐ Groupe Nouveau-né
☐ Grossesse en cours
☐ Accouchement
☐ Grossesse interrompue

Toxicologie

☐ Alcoolémie (Tube VERT)
☐ Paracétamol (Tube JAUNE)
☐ Barbituriques (Tube VERT)
☐ Benzodiazépines (Tube VERT)
☐ Tricycliques (Tube VERT)

Biochimie (sauf glycémie) VERT

☐ Sodium
☐ Potassium
☐ Chlore
☐ Réserve alcaline
☐ Protéides
☐ Calcium
☐ CRP
☐ Bilirubine totale
☐ Urée
☐ Créatinine

Cardiologie 2 VERTS (sauf BNP - Violet)

☐ TGO ☐ TGP
☐ CPK ☐ Myoglobine
☐ BNP (VIOLET)

Bilan hépatique et pancréatique VERT

☐ TGO ☐ TGP
☐ GGT ☐ PAL
☐ LDH ☐ Bilirubine totale
☐ Bilirubine conjuguée
☐ Lipase

Biochimie autres examens

☐ Hb Glyquée (HbA1c) (VIOLET)
☐ Ac. urique (VERT)
☐ Albumine (VERT)
☐ Préalbumine (JAUNE)
☐ PINI (JAUNE+VERT)
☐ Bilan nutritionnel (JAUNE+VERT)
☐ Magnésium (VERT)
☐ Phosphore (VERT)
☐ Electrophorèse protéines sériques (JAUNE)

Exploration Anomalie Lipidique VERT

☐ Triglycérides
☐ Cholestérol total
☐ Cholestérol HDL

Bilan martial VERT

☐ Fer
☐ Transferrine
☐ Ferritine

Médicaments

☐ Digoxine
☐ Dépakine
☐ Vancomycine
☐ Amikacine
☐ Gentamicine

Hormonologie

☐ TSH (VERT)
☐ T4 Libre (VERT)
☐ Dépitage grossesse (JAUNE)
☐ Dosage B HCG (VERT)

Marqueurs tumoraux Sec+gel JAUNE

☐ ACE ☐ AFP
☐ CA 19-9 ☐ CA 15-3
☐ CA 125 ☐ PSA

Sérologie Tube Sec+gel JAUNE

☐ CMV ☐ Lyme dépitage
☐ EBV ☐ Hépatite A (IgM)
☐ MNI test ☐ Hépatite B
☐ Rubéole ☐ AgHBs
☐ Toxoplasmose ☐ Ac anti-HBc
☐ HIV ☐ Ac anti-HIV
☐ Syphilis ☐ Hépatite C

Autres analyses sanguines : _____

Renseignements : _____

Identification préleveur, date et heure de prélèvement.
Obligatoire

Cocher analyse ou groupement d'analyses.
Obligatoire

Noter les renseignements cliniques et thérapeutiques.
Obligatoire

Analyses particulières :
utiliser cadre autre analyse.

Image du bon non mise à jour

Identification du service
Obligatoire

Identification patient : étiquette pastel
Obligatoire

Identification du prescripteur
Obligatoire

Cocher analyse ou groupement d'analyses
Obligatoire

Statut du traitement anticoagulant
Obligatoire

Transfusion dans les 8 h
La carte de groupe et la RAI sont réalisées dans les 2h.
A cocher **obligatoirement si nécessaire**

En cas de grossesse.
Pour les RAI :
Renseigner le statut de la grossesse et la notion d'injection de Rhophylac.

Service : _____

Centre Hospitalier Comminges Pyrénées
SITE DE SAINT PLANCARD / SITE D'ENCORE

N° Labo _____ OP : _____ Laboratoire
Tél : 05 62 00 44 50
F. LABONNE - M. DELPECH - B. NOUËL - V. VALLS LABONNE

BON DE DEMANDE EN URGENCE D'ANALYSES SANGUINES EDTA Hep Cit Sec v1 2015-12

Prescripteur _____ Préleveur _____

Date de Prél. ____/____/____ Heure ____:____

Maternité ☐ BVR Réanimation ☐ Bilan entrée ☐ Bilan suivi Service des urgences ☐ Bilan de base ☐ Bilan base + hémostase ☐ Bilan vasculaire ☐ Bilan pré-op ☐ Bloc dans les 3 H ☐ Bloc différé

Hématologie EDTA VIOLET
☐ Numération ☐ Numération + Formule ☐ Réticulocytes

Coagulation Citraté BLEU
☐ TP - TCA - Fibrin ☐ TP ☐ TCA ☐ Fibrinogène ☐ D Dimères ☐ INR ☐ Anti-Xa HNF (héparinémie) ☐ Anti-Xa HBPM ☐ Trait. anticoagulant : ☐ Pas d'anticoagulant ☐ Patient sous HNF ☐ Patient sous AVK ☐ Patient sous HBPM ☐ Patient sous Xarelto ☐ Patient sous Arixtra ☐ Patient sous Pradaxa ☐ Patient sous Eliquis ☐ Patient sous Argatroban ☐ Patient sous Angiox ☐ Patient sous Orgaran ☐ AVK stoppés ☐ Relai Héparine - AVK ☐ Info impossible à obtenir

Biochimie (sauf glycémie) VERT
☐ Sodium ☐ Potassium ☐ Chlore ☐ Réserve alcaline ☐ Protides ☐ Calcium ☐ CRP ☐ Bilirubine totale ☐ Urée ☐ Créatinine ☐ Glycémie (tube fluoré - GRIS)

Bilan cardio (sauf BNP) 2 VERTS
☐ TGO ☐ TGP ☐ CPK ☐ Myoglobine ☐ Troponine ☐ BNP (VIOLET)

Bilan hépatique et pancréatique VERT
☐ TGO ☐ TGP ☐ GGT ☐ PAL ☐ LDH ☐ Bilirubine totale ☐ Lipase

Biochimie autres examens
☐ Magnésium (VERT) ☐ Phosphore (VERT) ☐ Bilan nutritionnel (JAUNE+VERT) ☐ PINI (JAUNE+VERT) ☐ Ammonémie (VIOLET dans la glace)

Toxicologie
☐ Alcoolémie (Tube VERT) ☐ Paracétamol (Tube JAUNE) ☐ Barbituriques (Tube VERT) ☐ Benzodiazépines (Tube VERT) ☐ Tricycliques (Tube VERT)

Médicaments
☐ Digoxine (Tube JAUNE) ☐ Dapakine (Tube Rouge) ☐ Vancomycine (Tube EDTA Violet) ☐ Gentamicine (Tube EDTA Violet) ☐ Amikacine (Tube EDTA Violet)

Indiquer la posologie, la date et l'heure de la dernière prise dans la zone renseignements

Hormonologie
☐ TSH (VERT) ☐ T4 Libre (VERT) ☐ Dépistage grossesse (JAUNE) ☐ Dosage beta HCG (VERT)

Date Dernières Règles : ____/____/____

Sérologie Tube Sec+gel JAUNE
☐ AgHBs ☐ MNI test ☐ HIV

Gaz du sang
☐ Gazo artérielle ☐ Conditions ? ☐ Gazo veineuse ☐ Gazo sang de cordon ☐ Monoxyde de carbone ☐ Lactates veineux

Autres analyses sanguines : _____

Renseignements : _____

Identification préleveur, date et heure de prélèvement.
Obligatoire

En cas de bilan pré-op cocher obligatoirement:

- Bloc dans les 3h – le bilan est effectué en urgence **et** la carte de groupe est réalisée dans les 2h
- Bloc différé- Seul le bilan est effectué en urgence

Noter les renseignements cliniques et thérapeutiques.
Obligatoire

Image du bon non mise à jour



Bloc dans les 3h

Signifie que le patient part au bloc pour une intervention immédiate. Le second prélèvement permettant d'établir la carte de groupe sanguin est prélevé à la suite du bilan pré op. Le biologiste est prévenu pour valider la carte de groupe dès que la 2^{ème} détermination est reçue.



Bloc différé

Signifie que la carte de groupe sanguin sera réalisée dans les 12h et validée à la suite. La carte de groupe sanguin sera réalisée lorsque la 2^{ème} détermination sera reçue.



Groupe sanguin- Transfusion dans les 8h

Signifie que le médecin a rédigé une prescription de **Produits Sanguins Labiles (PSL)** pour que le patient soit transfusé.

Le prescripteur vérifie le statut immuno hématologique du patient :

1/ Le patient a **2 déterminations de groupe et une RAI < 72h**. Commande de PSL sans groupe sanguin.

2/ Le patient a **2 déterminations de groupe et une RAI > 72h**. Prescription d'une RAI. Réalisation de la RAI par le laboratoire dans les 2h. Validation en urgence par un biologiste.

3/ Le patient a **1 détermination de groupe et/ou RAI > 72h**. Prescription d'un groupe et/ou d'une RAI. Réalisation d'un groupe et /ou d'une RAI par le laboratoire dans les 2h. Validation de la carte de groupe en urgence par un biologiste.

4/ Le patient **n'a aucune détermination de groupe et de résultats de RAI**. Réalisation immédiate dans les 2 heures de la carte de groupe avec 2 prélèvements différents et 1 RAI avec validation en urgence par 1 biologiste.

Identification du service
Obligatoire

Identification patient : étiquette pastel
Obligatoire

Identification du prescripteur
Obligatoire

Notion d'urgence si nécessaire

Modalités de recueil
Obligatoire

Cocher l'analyse correspondante
Obligatoire

Service : _____

Centre Hospitalier Comminges Pyrénées
SITE DE SAINT PLANCARD / SITE D'ENCORE
Laboratoire
Tél. : 05 62 00 44 50
F. LABONNE - M. DELPECH - S. NOUËL - V. VALLS LABONNE

BON DE DEMANDE D'ANALYSES URINAIRES URIN V1 2015-12

Etiquette Patient : _____

N° Labo : _____ OP : _____

Prescripteur : _____ Préleveur : _____

Date de Prél. : ____ / ____ / ____ Heure : ____ : ____

☐ Examen(s) demandé(s) en urgence. Préciser lesquels et la raison : _____

Renseignements cliniques

<input type="checkbox"/> Fièvre : ____ °C	<input type="checkbox"/> Diabète	<input type="checkbox"/> Absence de traitement ATB
<input type="checkbox"/> Frissons	<input type="checkbox"/> Immunodépression	<input type="checkbox"/> ATB en cours lors pvt. Lesquels : _____
<input type="checkbox"/> Douleur fosses lombaires	<input type="checkbox"/> Contexte oncologique	<input type="checkbox"/> Prise ATB <3 mois. Lesquels : _____
<input type="checkbox"/> Hospitalisation récente <6M	<input type="checkbox"/> Grossesse	<input type="checkbox"/> Contrôle après tmt ATB
<input type="checkbox"/> Vie en EHPAD	<input type="checkbox"/> MAP	
	<input type="checkbox"/> Chir sur le tractus urinaire	<input type="checkbox"/> Sonde à demeure
	<input type="checkbox"/> Patho chronique de l'arbre urinaire	

Modalités de recueil

<input type="checkbox"/> Sondage extemporané	<input type="checkbox"/> Milieu de jet	<input type="checkbox"/> 1er jet urinaire
	<input type="checkbox"/> Sur sonde à demeure	<input type="checkbox"/> Sur dispositif collecteur (pénilex, urinocol, urétérostomie)

Analyses de microbiologie Tubes à bouchon beige + vert kaki

<input type="checkbox"/> Cuit urinaire	<input type="checkbox"/> Antigène légionelle
<input type="checkbox"/> ECBU	<input type="checkbox"/> Antigène pneumocoque

Analyses de biochimie Tube à bouchon beige

<input type="checkbox"/> Ionogramme urinaire (Na, K, Cl)	L'interprétation correcte des analyses de biochimie urinaires nécessite un échantillon des urines de 24H avec l'indication de la diurèse.
<input type="checkbox"/> Na urinaire	
<input type="checkbox"/> K urinaire	
<input type="checkbox"/> Cl urinaire	
<input type="checkbox"/> Protéinurie	
<input type="checkbox"/> Glycosurie	
<input type="checkbox"/> Urée urinaire	
<input type="checkbox"/> Créatinine urinaire	
<input type="checkbox"/> Calcium urinaire	
<input type="checkbox"/> Phosphore urinaire	
<input type="checkbox"/> Osmolarité urinaire calculée	

Diurèse : ____ mL / 24h

Analyses toxicologiques Tube à bouchon beige

☐ Recherche de stupéfiants

Autres analyses urinaires : _____

Renseignements cliniques complémentaires : _____

Version 1 - dec 2015

Identification préleveur, date et heure de prélèvement.
Obligatoire

Statut du traitement antibiotique.
Obligatoire

Indiquer la diurèse en cas d'examens biochimiques
Obligatoire

Image du bon non mise à jour

Identification du service
Obligatoire

Identification patient : étiquette pastel
Obligatoire

Identification du prescripteur
Obligatoire

Cocher les renseignements obligatoires notés avec *
Obligatoire

Noter le contexte, les renseignements cliniques et thérapeutiques

Noter l'analyse voulue
Obligatoire

Identification préleveur, date et heure de prélèvement.
Obligatoire

Service : _____

Etiquette Patient : _____ N° Labo : _____

OP : _____ Laboratoire : _____ Tél : 05 42 00 44 50
F. BRALO - M. DELPECH - C. DODAT-BEYRIES
C. SEMA - V. VALLIS

BON DE DEMANDE D'ANALYSES SANGUINES

COVID V4 2021-12

Prescripteur : _____ Préleveur : _____

Date de Prél. : ____ / ____ / ____ Heure : ____ : ____

Renseignements obligatoires *

Numéro de téléphone du patient * : _____

Matière du patient * : _____

Pays de résidence : ☒ France ☐ Espagne ☐ Royaume-Uni

Lieu de résidence actuel * : ☐ Hébergement individuel ☐ Hospitalisé ☐ EHPAD
☐ Milieu carcéral ☐ Autre structure collective ☐ Non précisé

Retour de l'étranger il y a - de 15j : ☐ Oui ☐ Non

Apparition des premiers symptômes * : ☐ asymptomatique ☐ 2 à 4 jours avant le prélèvement ☐ 5 à 7 jours avant le prélèvement
☐ 8 à 14 jours avant le prélèvement ☐ 15 à 26 jours avant le prélèvement ☐ plus de 4 semaines avant le prélèvement ☐ ne sait pas

Contexte de recherche : ☐ Patient avec symptômes évocateurs ☐ Suivi COVID ☐ Contact avec un cas confirmé
☐ Avant transfert ou sortie ☐ Grossesse ☐ Recherche immunité
☐ Bien pré-opératoire ☐ Dialyse

Signes cliniques : ☐ Fièvre ☐ SDRA ☐ Parle d'odorat
☐ Signes respiratoires ☐ Signes digestifs ☐ Patient asymptomatique
☐ Syndrome grippal ☐ Signes cutanés ☐ Autre

Scanner évocateur : ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

Antécédents COVID : RT-PCR ☐ Déjà réalisée ☐ Jamais réalisée
Résultat RT-PCR ☐ Positif ☐ Négatif
Vaccination grippe ☐ Réalisée ☐ Non réalisée
Maladie auto-immune ☐ Présence ☐ Absence
Traitement immunosuppresseur ☐ En cours ☐ Absence
Chimiothérapie ☐ En cours ☐ Absence
Vaccination COVID ☐ Réalisée ☐ Non réalisée

Analyse demandée

☐ Recherche de SARS-CoV2 + grippe + VRS par RT-PCR sur Elite Ingenius
☐ Recherche de SARS-CoV2, test VITA PCR réalisé au CHCP
☐ Recherche de SARS-CoV2 par RT-PCR au CHU de Toulouse
☐ PANEL FilmArray induisant SARS-CoV2 par RT-PCR au CHCP en urgence
☐ Sérologie SARS-CoV2 IgG - IgM

Type de prélèvement pour la RT-PCR : ☐ Naso-pharyngé ☐ ECBC ☐ Aspiration bronchique
☐ Aspiration trachéale ☐ LBA

Autres analyses sanguines : _____

Renseignements : _____

4- Rajout d'analyse

Tout rajout d'analyse doit être fait dans les délais préconisés par le laboratoire en fonction des analyses et par écrit.

Ces délais sont indiqués dans EXABIO dans chaque fiche d'analyse.

CRP / Protéine C Réactive

NATURE DE L'ÉCHANTILLON : Sang

CONTENANT : Tube hépariné avec gel

CONDITIONS PARTICULIÈRES :

ACHEMINEMENT AU LABORATOIRE :

RÉALISABLE EN PDS : Oui

FRÉQUENCE ET DÉLAI DE RÉALISATION :

EXAMEN SOUS-TRAITÉ : Non

CODE LABORATOIRE : CRP

DÉLAI DE RAJOUT : 3 jours

MÉTHODE :

COTATION :



Manuel de prélèvement-Chapitre 11-« Les bonnes conditions de rajout d'analyses»



Ce rajout qui est une prescription est obligatoirement fait sur le bon spécifique « rajout d'examen en biologie médicale ».



Exemplaire page 14.



Aucun rajout oral n'est accepté par le laboratoire. Il convient de remplir le bon de rajout.

Celui-ci est faxé au laboratoire si la demande est urgente (après avoir prévenu le laboratoire par téléphone) ou porté au laboratoire lors du dépôt des prochains bilans.

5- Les ordonnances

Renseignements obligatoires sur l'ordonnance:

- Identification du prescripteur
- Date de la prescription
- Identification du patient : nom de naissance, prénom, nom d'usage, date de naissance, sexe.
- Analyses prescrites
- Type d'échantillon primaire, le cas échéant. (sang, urines...)
- La signature du prescripteur.

Cette ordonnance doit être accompagnée de la **fiche de suivi médical externe** pour compléter les renseignements nécessaires à la bonne prise en charge du patient. Elle doit être remplie par le préleveur. Il doit obligatoirement renseigner :

- Son nom,
- La date et l'heure du prélèvement,
- Les renseignements sur le patient (identité et coordonnées)
- Les renseignements administratifs pour permettre la prise en charge du dossier,
- Le statut de l'urgence du prélèvement,
- Les renseignements cliniques **pertinents** pour la réalisation des analyses et la validation des résultats.

Le laboratoire fournit 2 fiches de suivi médical externes :

- 1 pour les prélèvements sanguins
- 1 pour les prélèvements urinaires et de microbiologie



LABO-1223-ENR-« Fiche de suivi médical externe-Prélèvement sanguin »

LABO-1231-ENR-« Fiche de suivi médical externe- Prélèvement urinaire et de microbiologie »

- A commander sur le carnet de commande « laboratoire »
- Ou à imprimer sur intranet onglet « manuel de prélèvement »
- Ou à imprimer sur le site internet du CHCP pour les infirmières libérales.

Ces fiches sont sous forme d'un livret. La premier page identifie le laboratoire, la dernière page rappelle les modalités pratiques pour la réalisation du prélèvement, les pages centrales permettent de compléter tous les renseignements obligatoires.

Le non respect de nos préconisations a un impact sur le délai de réalisation et/ou sur la qualité des résultats et peut entraîner l'annulation de l'analyse demandée.

Fiche de suivi médical- Prélèvement urinaire et de microbiologie

Feuillet extérieur

Avant de réaliser un prélèvement de bactériologie, il est conseillé de consulter :

Le manuel de prélèvement 

Chapitre 14-Préconisation pour la réalisation d'un prélèvement de bactériologie
Chapitre 15- Fiches de préconisation patient remis par le laboratoire

Délai d'acheminement vers le laboratoire le plus rapidement possible < 2h

Préparation patient et recueil de l'urine
Hygiène et qualité dès le prélèvement

1. Se laver les mains puis procéder à une toilette intime minutieuse en suivant la procédure du laboratoire. Ouvrir le pot de recueil.

2. Uriner le premier jet dans le W.C. puis recueillir l'urine dans le pot.

3. Refermer le pot.

Ne pas soulever l'étiquette blanche. Ne pas toucher la canule intégrée.

LABORATOIRE
Avenue de Saint Plancard
Boite postale 30183
31806 SAINT GAUDENS CEDEX

Tél : 05 62 00 44 50
Fax : 05 62 00 44 51

Ouvert au public
Du lundi au vendredi : 8h30-18h30
Samedi : 8h30-12h30

Fiche de suivi médical externe
Prélèvement urinaire et de microbiologie

LABO-1231- Fiche de suivi médicale externe-Prélèvement urinaire et de microbiologie- V1

Feuillet interne

LE PRELEVEUR - LE PRELEVEMENT

Nom ou code pour le personnel du CHCP : _____

Date : ____/____/____ Heure : ____ h ____

OUI ☐ NON ☐ Préciser la raison : _____

LE PATIENT

NOM : _____

Prénom : _____

Nom de naissance : _____

Date de naissance : ____/____/____ Sexe : F ☐ M ☐

Adresse : _____

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Joindre la photocopie de l'attestation de sécurité sociale et de la mutuelle.

N° de SS : _____

N° de l'organisme : _____ Département : _____

Nom de la mutuelle : _____

Réservé au laboratoire

Heure de réception : ____ h ____

Initiales : _____

Prélèvement conforme : OUI ☐ NON ☐

Code NC : _____

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES GENERAUX ET EPIDEMIOLOGIQUES

Fèvre ☐ Frissons ☐ Hypothermie ☐ Hospitalisation récente < 6M ☐

Diabète ☐ Immunodépression ☐ Vie en EHPAD ☐ Grossesse ☐

Contexte oncologique ☐ Douleurs abdominales ☐ MAP ☐

Antibiothérapie : Absence de traitement ☐

ATB en cours ☐ Lesquels : _____

Prise d'ATB < 3 mois ☐ Lesquels : _____

Contrôle après traitement antibiotique ☐

Renseignements cliniques divers : _____

Prélèvement urinaire

Chirurgie sur le tractus urinaire ☐ Pose d'une sonde à demeure ☐

Pathologie chronique de l'arbre urinaire ☐ Sonde à demeure ☐

Modalités de recueil :

Millieu de jet ☐ 1^{er} jet urinaire ☐ Sondage extemporané ☐

Sur sonde à demeure ☐ Sur dispositif collecteur ☐

Echantillon d'urine de 24 h ☐ Diurèse des urines : _____

Prélèvement de microbiologie

Origine du prélèvement : _____

Infections urogénitales :

Leucorrhées ☐ Brûlures ☐ Ulcérations ☐ Prurit ☐

Infections respiratoires :

Douleurs thoraciques ☐ Images radiologiques ☐ Toux ☐

Selles :

Voyage récent pays tropical ☐ Diarrhées sanglantes ☐

Pus :

Morsures ☐ Griffures ☐ Bulle ☐ Lésions traumatiques ☐ Plaie ☐

Dermatose chronique ☐ Folliculites ☐ Furoncle ☐ Impétigo ☐

LES RESULTATS

A poster ☐ A garder au laboratoire ☐ A faxer ☐ N° : _____

Bilan pré-opératoire : OUI ☐ NON ☐

Adresser une copie des résultats dans le service : _____

Patient = Personnel du CHCP : OUI ☐ NON ☐

Feuille de rajout d'examen en biologie médicale



Centre Hospitalier Comminges Pyrénées
SITE DE SAINT PLANCARD / SITE D'ENGRE

Laboratoire
Tél : 05 62 00 44 50
Fax : 05 62 00 44 51
T. Chané Teng- M. Delpech - C. Douat Beyries
C. Sesma



Rajout d'examens en biologie médicale



Chapitre 11 du manuel de prélèvement- Exabio → Type de prélèvement – délai de rajout

Etiquette pastel

Service

Code Prescripteur

--	--	--	--	--

Date et heure du rajout : ____/____/____ - ____h

Date et heure de l'examen primaire : ____/____/____ - ____h
(Si plusieurs bilans dans la même journée)

Rajout d'analyses souhaitées :

-
-
-
-
-
-

Renseignements cliniques- Traitements

Réservé au laboratoire :

OP : ____ h ____ de rajout n° dossier :

Impossible : ☐ → Hors délai ☐ Pas de tube ☐ Quantité insuffisante ☐