

Recommandations du laboratoire *Exigence du laboratoire et du COFRAC**

Préleveurs externes

*COFRAC = Comité Français d'Accréditation



- Présentation du laboratoire Synergibio
- Non-conformités externes & Tubes surnuméraires
- Exigences de la phase Pré-analytique – Les Prélèvements
- Examen sous-traités
- Identification du patient (INS) - Identification des prélèvements
- Documents accompagnants les prélèvements
- Transport des prélèvements
- Traitement des demandes d'examens
- Phase post-analytique – Résultats des examens
- Accueil d'un nouvel IDEL
- Présentation du Manuel de Prélèvement en ligne



Laboratoire SYNERGIBIO

Présentation du laboratoire

- Plateaux techniques et sites péri-analytiques
- Les Activités de Biologie Médicale
- Démarche d'Accréditation à la Norme NF ISO 15189

Plateaux techniques – Emplacement - Activités

Date d'ouverture : 24 juin 2014

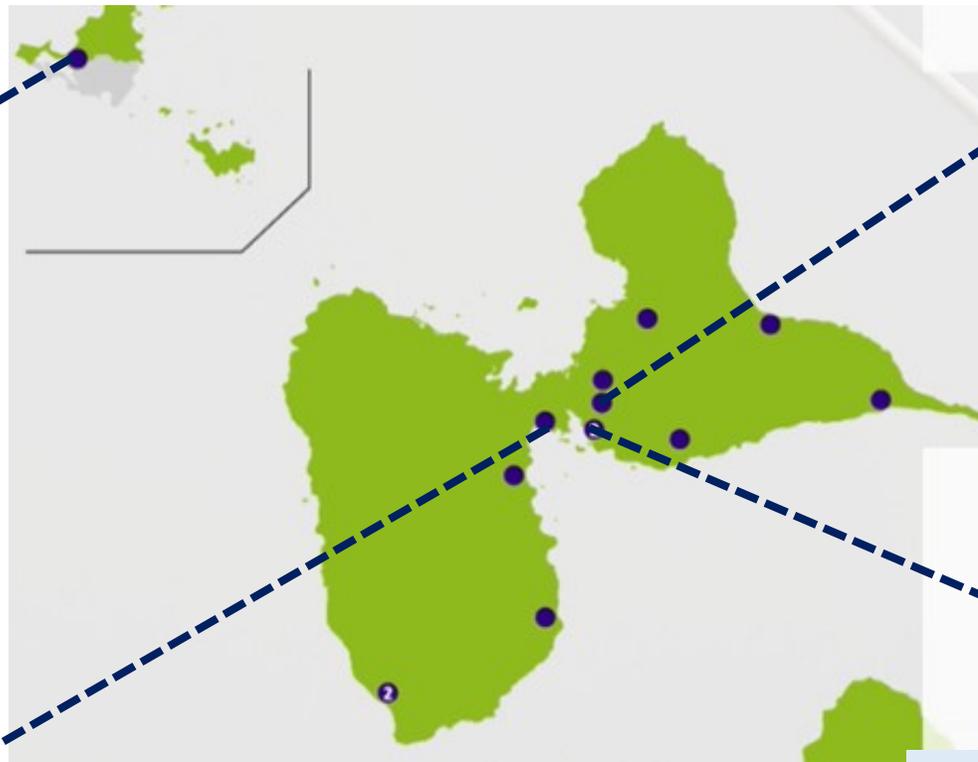
Forme juridique : Société d'Exercice Libéral par Actions Simplifiées (SELAS)



Site SAINT MARTIN

Saint-Martin

Plateau technique de Biologie générale



Site ANABIO

Les Abymes

Plateau technique spécialisé

Biologie de la Reproduction

Centre privé d'AMP (Insémination) de
Guadeloupe

Dépistage de la T21 par les MSM



Site ASSAINISSEMENT

Pointe-à-Pitre

Plateau technique de Biologie générale

Site GIE GCBG

Jarry

Plateau technique de Biologie générale

Date d'ouverture : 24 juin 2014

Forme juridique : Société d'Exercice Libéral par Actions Simplifiées (SELAS)



Site SAINT MARTIN

Saint-Martin

Plateau technique de Biologie g

Activités de Biologie générale :

- Allergologie
- Auto-immunité
- Bactériologie/Parasitologie/Mycologie
- Biochimie
- Hématologie
- Hémostase
- Immunohématologie
- Hormonologie
- Sérologie bactérienne, parasitaire et virale

Site GIE GCBG

Jarry

Plateau technique de Biologie g

Activités Spécialisés

- Biologie de la reproduction
- Centre privé d'AMP de Guadeloupe (Insémination Intra-Utérine)
- Dépistage de la trisomie 21 par les Marqueurs Sériques Maternels



Site ANABIO

Les Abymes
Plateau technique spécialisé
de la Reproduction
d'AMP (Insémination) de
Guadeloupe
et de la T21 par les MSM

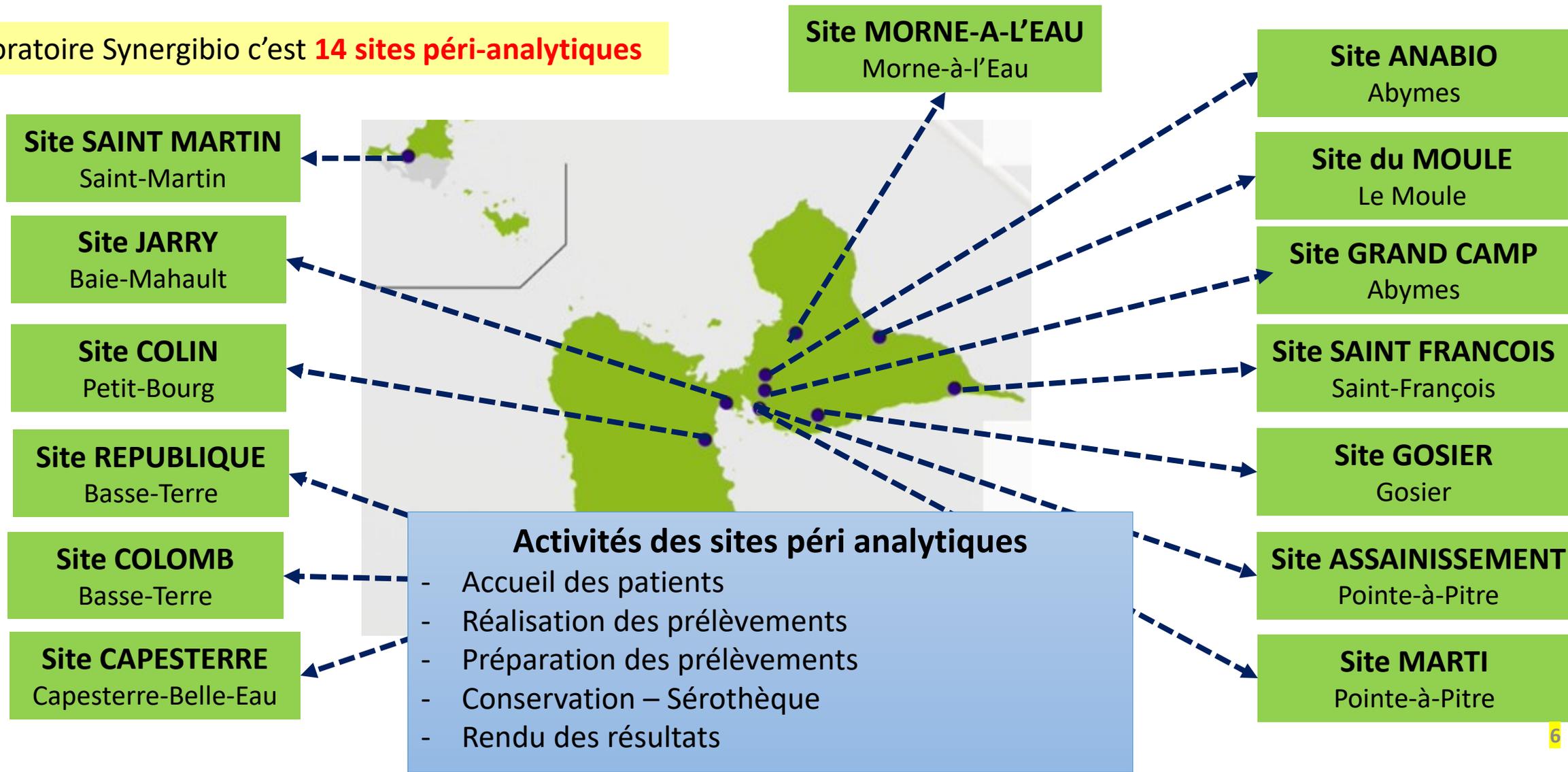


Site SEMENT

Pitre
Plateau technique de
Biologie générale

Sites Périanalytiques – Emplacement - Activités

Le laboratoire Synergibio c'est **14 sites péri-analytiques**



Démarche d'Accréditation NORME NF ISO 15189

- **Norme NF EN ISO 15189**

Le laboratoire est accrédité par le COFRAC (Comité Français d'Accréditation) sous le numéro « **Accréditation n°8-4008** » selon la Norme internationale NF EN ISO 15189 depuis le 16/02/2017

- **Les champs de l'accréditation :**

- **Les processus Préanalytiques**

- Enregistrement des dossiers
- Réalisation des Prélèvements
- Transport des prélèvements
- Traitement des prélèvements

- **Le processus Analytiques**

- Réalisation des examens (Plateau technique)

- **Les processus Post-analytiques :**

- Validation biologique des Résultats
- Diffusion des résultats (papier, fax, H') et Prestations de conseils

- **Les processus « support » :**

- Ressources humaines, Formation du personnel,
- Systèmes Informatiques,
- Système de Management de la Qualité,
- Traitement des non-conformités et des réclamations....
- Achat - Approvisionnement
- Etc.



NF EN ISO 15189
DÉCEMBRE 2012

www.afnor.org

**DOCUMENT PROTÉGÉ
PAR LE DROIT D'AUTEUR**

Droits de reproduction réservés. Sauf prescription différente, aucune partie de cette publication ne peut être reproduite ni utilisée sous quelque forme que ce soit et par aucun procédé, électronique ou mécanique, y compris la photocopie et les microfilms, sans accord formel.

Contacteur :
AFNOR - Norm'Info
11, rue Francis de Pressensé
93571 La Plaine Saint-Denis Cedex
Tél : 01 41 62 76 44
Fax : 01 49 17 92 02
E-mail : norminfo@afnor.org

afnor

Ce document est à usage exclusif et non collectif des clients Normes en ligne.
Toute mise en réseau, reproduction et redistribution, sous quelque forme que ce soit, même partielle, sont strictement interdites.

This document is intended for the exclusive and non collective use of AFNOR Webshop (Standards on line) customers. All network exploitation, reproduction and re-dissemination, even partial, whatever the form (hardcopy or other media), is strictly prohibited.

Normes en ligne
Pour : LABM ESPIAND-GIRARD
Client : 51079047
Commande : N20130109-46459
le : 09/01/2013 à 12:59

Diffusé avec l'autorisation de l'éditeur
Distributed under licence of the publisher

7



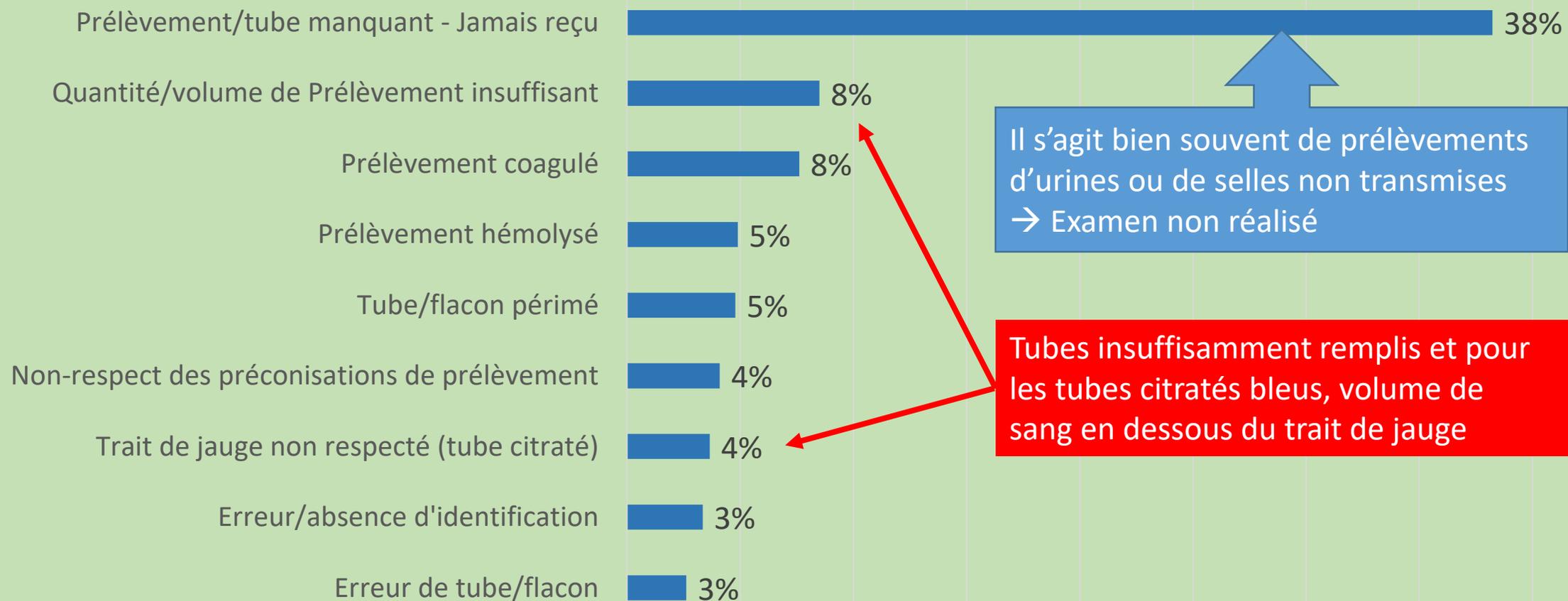
Laboratoire SYNERGIBIO

Non-conformités externes

Ce qui impacte les résultats du patients (délai, qualité du résultat etc.)

& Tubes surnuméraires *(Service Médical Rendu)*

Non-conformités externes les plus courantes



Tubes surnuméraires = Tubes en trop



Extrait Norme NF 15189 chapitre 4.14.2

Le laboratoire doit réviser périodiquement le volume des échantillons, son dispositif de prélèvement,**pour garantir qu'aucune quantité d'échantillons insuffisante ou excessive n'est prélevée** »



Recensement hebdomadaire des tubes surnuméraires

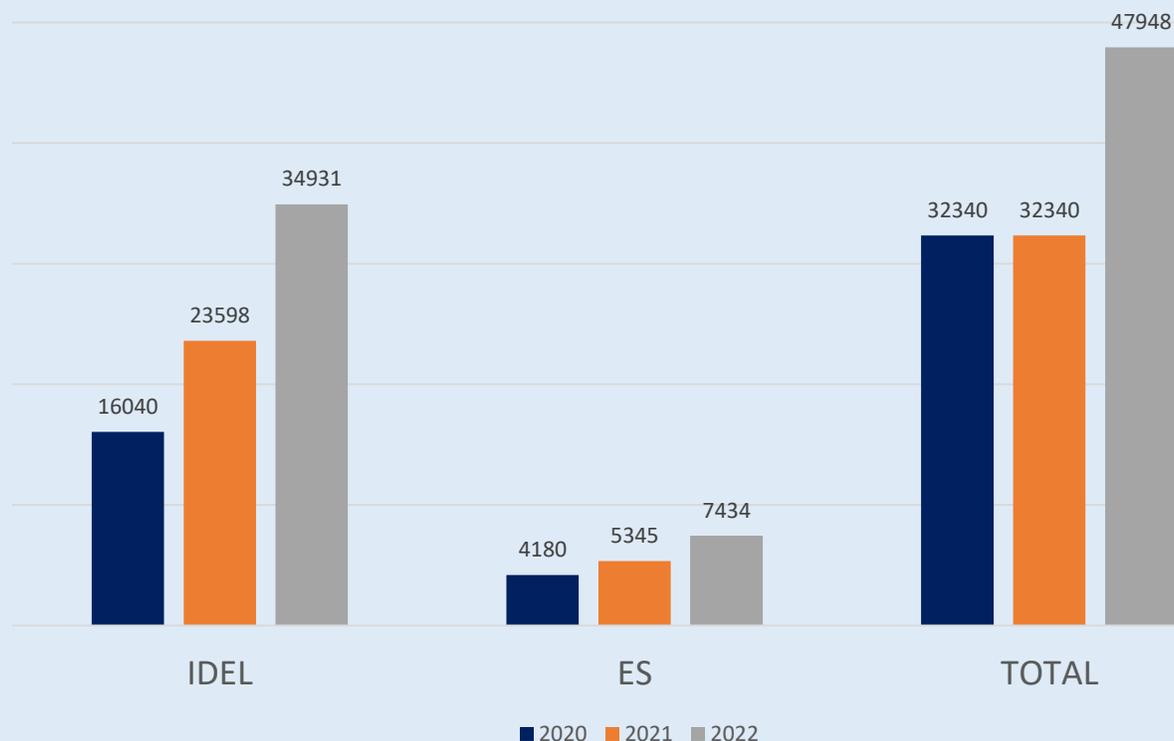
Formulaire de Recensement Hebdomadaire				
Semaine du au				
	INT	IDE ext.	ES	Autre
Lundi				
Mardi				
Mercredi				
Jeudi				
Vendredi				
Samedi				
TOTAUX				
TOTAL semaine				

Reporter le nombre dans le formulaire de recensement mensuel



Année 2022 : 47 900 tubes prélevés en trop, c'est aussi 479 plaques de 100 tubes qui partent directement à la poubelle !!

Evolution du nombre de Tubes surnuméraires De 2020 à 2022





Laboratoire SYNERGIBIO

Exigences de la phase Pré-analytique

LES PRELEVEMENTS

- Prélèvements
- Prélèvements réalisés par le patient
- Identification/Étiquetage et Identitovigilance
- Autres prélèvements – Fiches de renseignements
- La Fiche de Suivi Médical ou « Feuille de prescription externe »

- Respecter les conditions de prélèvements (jeûne, repos etc.) en préparant votre patient

👉 [Manuel de Prélèvement](#)

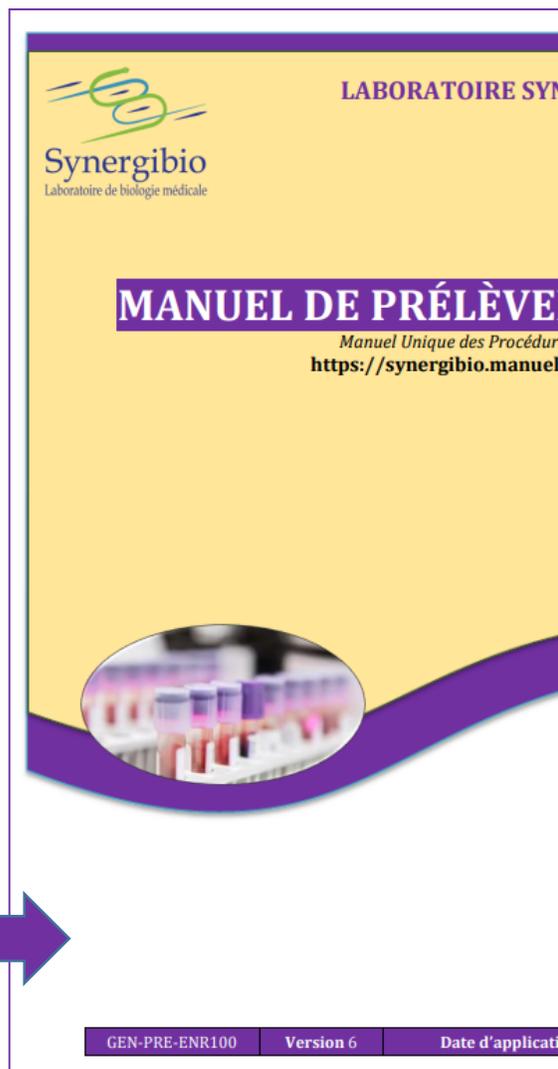
👉 [Manuel de prélèvement en ligne \(MPL\)](#)



Manuel en ligne (MPL)



Manuel de Prélèvement



Sommaire

PRESENTATION DU MANUEL DE PRELEVEMENT	3
NOUVEAUTE.....	5
TOUJOURS D'ACTUALITE	10
I. ABREVIATIONS.....	11
II. PRESENTATION DU LABORATOIRE	12
III. CENTRE PRIVE D'AMP DE GUADELOUPE	15
IV. ADRESSES ET COORDONNEES DES 14 SITES	16
V. TRAITEMENT DES DEMANDES D'EXAMEN	19
VI. TRAITEMENT DES URGENCES	22
VII. DELAI DE REMISE DES RESULTATS.....	25
VIII. CONSIGNES GENERALES DE PRELEVEMENTS.....	27
IX. RECLES D'HYGIENE ET DE SECURITE - ELIMINATION DES DECHETS.....	37
X. CONDITIONS DE DELAIS DE TRANSPORT	38
XI. PREPARATION DU PATIENT - PRECONISATIONS	41
XII. PRELEVEMENTS REALISES PAR LE PATIENT	44
XIII. PRELEVEMENTS REALISES PAR LE PRELEVEUR	48
XIV. PRELEVEMENT SANGUIN	49
XV. PRELEVEMENTS BACTERIOLOGIQUES, MYCOLOGIQUES ET PARASITOLOGIQUES	54
XVI. PRELEVEMENTS DES EXAMENS DE BIOLOGIE DE LA REPRODUCTION.....	68
DOCUMENTS ANNEXES	72

Le prélèvement Sanguin

- Respecter la Couleur et le nombre de tubes
- Respecter : Ordre de prélèvement des tubes
- ➔ Manuel de Prélèvement
- ➔ Brochure « Choix des tubes - Ordre des prélèvements »*



* Liste des examens réalisés au laboratoire Synergibio



Téléchargez ce document

Choix des tubes Ordre des prélèvements



Sites de la Grande-Terre

- Site Anabio (Abymes) – 0590 82 20 15
- Site Assainissement (Pointe-à-Pitre) – 0590 82 53 05
- Site Grand-Camp (Abymes) – 0590 21 02 28
- Site Gosier – 0590 84 04 16
- Site Marti (Pointe-à-Pitre) - 0590 91 29 00
- Site Morne-à-L'Eau – 0590 24 41 09
- Site Saint-François – 0590 88 59 84

Sites de la Basse-Terre

- Site Capesterre – 0590 86 46 30
- Site Colin (Petit-Bourg) - 0590 82 10 08
- Site C. Colomb (Basse-Terre) - 0590 81 46 60
- Site Jarry (Baie-Mahault) - 0590 38 35 45
- Site République (Basse-Terre) - 0590 81 08 24

Site de Saint-Martin

- Site Saint-Martin⁽¹⁾ - 0590 54 04 54

Sites Pré/Post analytiques

Sites Pré/Post et Plateaux techniques de Biologie Générale
Site Pré/Post et Plateau technique spécialisé : T21 et Biologie de la reproduction

ORDRE DE PRELEVEMENT DES TUBES DE SANG

Couleur	Type	Exemple d'examens
<i>Si prélèvement avec Ailette (sans hémoculture), commencer le prélèvement par un tube neutre (sans additif)</i>		
	Flacons	Hémoculture <i>Prélèvement direct (avec ailette): remplir le flacon aérobique (vert) en premier Prélèvement avec seringue : remplir le flacon anaérobique (rouge) en premier</i>
	Tube Citrate de Sodium Stockage des tubes en position verticale	TP, TCA, INR, Fibrinogène, ...facteurs de la coagulation, D-Dimères
	Tube Sec avec activateur de la coagulation, sans gel séparateur	Cryoglobuline : prélèvement uniquement sur les plateaux techniques et sur site PERI Colomb (tube à 37°C)
	Tube Sec avec activateur de la coagulation, avec gel séparateur	Auto immunité Sérologies virales, bactériennes et parasitaires Biochimie générale et spécialisée
	Tube Sec avec activateur de la coagulation, sans gel séparateur	Hormonologie Marqueurs tumoraux Allergologie Pharmacologie Troponines NT pro BNP
	Tube Héparinate de Lithium	Magnésium éryth. Vitamine C
	Tube EDTA	NFS, Plaquettes, Réticulocytes, HbA1c, Groupe et RAI, Paludisme ...
	Tube EDTA à gel	Charges virales VIH, Hépatites B et C PTH
	Tube Aprotinine + EDTA K3	ACTH (Examen transmis)
	Tube Fluorure Na - Oxalate K2	Glycémies Lactates

Il faut prélever :



Tube sec à gel
JAUNE

- 1 tube sec à gel **bien rempli** pour l'ensemble des examens du groupe 1 (Bioch – Immuno - Enz etc.)
- 2 tubes si il y a plus de 10 examens prescrits

SERO Prélever 1 tube en plus pour la sérothèque
Acheminer dans les 4h – Signaler au laboratoire
Transport réfrigéré (2-8°C)

BIOCHIMIE – IMMUNOLOGIE – ENZYMOLOGIE – HORMONOLOGIE – ALLERGIE			
Tube	Examen	Code Labo	SERO Transp.
	ACE	ACE	SERO
	Ac anti-récept. thyroestim.	TRAK	
	Ac anti peptides citrullinés	ACCP	
	Ac anti peroxydase	ACATP	
	Ac anti thyroglobuline	ACATG	
	Acide urique	AU	
	AFP - Alpha foeto protéine	AFP	SERO
	Albumine	ALBS	
	Apolipoprotéine A - B	APOA APOB	
	β2 microglobuline	B2MIC	
	Bilirubine Conjuguée + totale	BILI - BILT	
	BNP - NT pro BNP	BNP	
	CA125 - CA153 - CA 199	C125- C153-C199	SERO
	Calcium – Calcium Corrigé	CA - CAC	
	Cholestérol Total	CT	
	Complément C3, C4	C3 - C4	
	Cortisol (Matin – midi – soir)	CORMA/COR MI/CORSO	
	Cortisol post dexaméthasone	DEXA	
	CPK - Créatinine phosphokinase	CPK	
	Créatinine (+clairance calculée)	CR	
	CRP ou CRPus	CRP	
	Dépakine (Acide valproïque)	DEPA	
	Digoxine	DIGO	
	Fact Rhumatoïdes - Latex	LATEX	
	Fer – Coefficient de saturation	CTST	
	Ferritine	FERRI	
	Folates (Vitamine B9)	FOLA	
	FSH	FSH	
	Gamma GT (GGT)	GGT	
	Haptoglobine	HAPTO	
	LDH totaux	ACHAG	SERO
	Diagnostique	VHBDG	SERO
	Guérison	VHBGU	SERO
	Grossesse	VHBGR	SERO
	Hépatite B- Vaccination	VHBVA	SERO
	Hépatite C Ac anti HBC	ACHC	SERO
	IgA – IgG - IgM	IGA-IGG-IGM	

Tube sec à gel n°1 à 2

1 tube supplémentaire par groupe d'examens spécialisés

1 tube supplémentaire si il y a des allergènes spécifiques

Tube	Examen	Code Labo	SERO Transp.
	IgE totale	IGE	
	Insuline (AJ – PP)	INSU - INSPP	
	Ionogramme (Na, K, Cl, RA, protides)	ION2/ION3 ION5	
	LDH	LDH	
	LH	LH	
	Lipase	LIPA	
	Lithium	LI	
	Magnésium	MG	
	Œstradiol	OEST	
	Phosphore	PHOS	
	Phosphatase alcalines	PAL	
	Potassium (K)	K	
	Pré albumine	PRALB	
	Protéines totales	PROT	
	Rubéole IgG	RUB1	SERO
	Sodium (Na)	NA	
	SARS-Cov-2	COVGM	SERO
	Sérologie COVID 19	COVHN	SERO
	Syphilis TPHA - VDRL	BWQ	SERO
	Transaminase GOT-ASAT	GOT	
	Transaminase GPT-ALT	GPT	
	Triglycérides	TG	
	Transferrine	TRF	
	T3 libre – T4L - TSH	T3L - T4L - TSH	
	Testostérone (Homme-Femme-Enfant)	TESTH	
	Toxo (IgG + IgM)	TOXO	SERO
	Troponine	TROPO	
	VIH	VIH	SERO
	Vitamine B9 - B12 - D	VB9/VB12/VITD	
	Urée (examen HN)	UR	
	Allergènes spécifiques	D1-D2 -E1 etc.	

Prélever un tube supplémentaire par groupe d'examens qui suit :

GLYCEMIE		
1 tube gris(1)	Glycémie – Glucose	GLY/GLYF
	Glycémie Postprandiale (2)	GPP
	Hyperglycémie provoquée 75 g (2) (Test OMS suivi grossesse)	HGP75
	Hyperglycémie provoquée 100g (2)	HGPO2/ 3/4
	Glycémie après charge (2)	GAG1/2/3

(1) Glycémie sur tube sec à gel uniquement si prélèvement au labo
(2) Indiquer l'heure de prélèvement sur chacun des tubes

Les modifications par rapport à la version précédente sont en bleu

Tube	Examen	Code Labo	SERO Transp.
DEPISTAGE ANTENATAL			
TS gel n°4	Trisomie 21 par les MSM(3)	TR21	SERO
(3) MSM = Marqueurs Sériques Maternels			
SEROLOGIES INFECTUEUSES			
TS gel n°5	Dengue Ag	NS1	SERO
	Dengue (IgG et IgM)	DENGM	SERO
	CMV IgG et IgM	CMVGM	SERO
TS gel n°6	Chlamydiae (IgG)	CLATR	SERO
	Epstein Barr	EBV	SERO
	Herpes 1+2 (IgG)	HSV - HSVHN	SERO
	HTLV	HTLVH	SERO
AUTRES			
EDTA à gel	Fructosamine		Ex. transmis
	PTH – Parathormone		PTH
HEMATOLOGIE - PARASITOLOGIE			
Tube EDTA n°1	Groupe sanguin - Phénotype (4)	GS	
	RAI (4)	RAI	
(4) Contrôle de la pièce d'identité obligatoire			
Tube EDTA n°2	Hémogramme - NFS	NF	
	Plaquettes	PLA	
	Réticulocytes	RETI	
	Vitesse de sédimentation	VS	
Tube EDTA n°3	Paludisme	PALU	
	Parasites sanguins	PARSG	
ELECTROPHORESIS			
Tube EDTA n°4	Electrophorèse de l'Hb	ELHB	
Tube EDTA n°5	Hb A1C	HBA1C	
TS gel n°7	Electrophorèse des protides	ELP	
	Immunoélectrophorèse des protides	GIMEL	
HEMOSTASE - Facteurs de la coagulation			
Tube Citraté(5)	Fibrinogène	FIB	
	INR - TP	INR - TP	
	TCA	TCA	
	D-Dimères	DDIM	
(5) Transport du tube en position verticale			
Microbiologie			
Pot boraté ou tube boraté	ECBU (Apporter le pot de recueil si transfert dans tube boraté)		ECBU
Écouvillon Eswab	Prélèvement vaginal (prélever systématiquement 2 écouvillons)		PV

Il faut prélever :



Tube sec à gel
JAUNE

SERO Prélever 1 tube en plus pour la sérothèque
Acheminer dans les 4h – Signaler au laboratoire
Transport réfrigéré (2-8°C)

BIOCHIMIE – IMMUNOLOGIE – ENZYMOLOGIE – HORMONOLOGIE – ALLERGIE

Tube	Examen	Code Labo	SERO Transp.
	ACE	ACE	SERO
	Ac anti-récept. thyroestim.	TRAK	
	Ac anti peptides citrullinés	ACCP	
	Ac anti peroxydase	ACATP	
	Ac anti thyroglobuline	ACATG	
	Acide urique	AU	
	AFP - Alpha foeto protéine	AFP	SERO
	Albumine	ALBS	
	Apolipoprotéine A - B	APOA APOB	
	β2 microglobuline	B2MIC	
	Bilirubine Conjuguée + totale	BILI - BILT	
	BNP - NT pro BNP	BNP	
	CA125 - CA153 - CA 199	C125- C153-C199	SERO
	Marqueurs tumoraux		
	Calcium – Calcium Corrigé	CA - CAC	
	Cholestérol Total	CT	
	Complément C3, C4	C3 - C4	
	Cortisol (Matin – midi – soir)	CORMA/COR MI/CORSO	
	Cortisol post dexaméthasone	DEXA	
	CPK - Créatinine phosphokinase	CPK	
	Créatinine (+clairance calculée)	CR	
	CRP ou CRPus	CRP	
	Dépakine (Acide valproïque)	DEPA	
	Digoxine	DIGO	
	Fact Rhumatoïdes - Latex	LATEX	
	Fer – Coefficient de saturation	CTST	
	Ferritine	FERRI	
	Folates (Vitamine B9)	FOLA	
	FSH	FSH	
	Gamma GT (GGT)	GGT	
	Haptoglobine	HAPTO	
	HCG	BHCG	SERO
	HDL Cholestérol	HDL	
	Hépatite Ac anti Hépa totaux	ACHAG	SERO
	Hépatite B - Diagnostic	VHBDG	SERO
	Hépatite B – Guérison	VHBGU	SERO
	Hépatite B- Grossesse	VHBGR	SERO
	Hépatite B- Vaccination	VHBVA	SERO
	Hépatite C Ac anti HBC	ACHC	SERO
	IgA – IgG - IgM	IGA-IGG-IGM	

Tube sec à gel n°1 à 2

Tube	Examen	Code Labo	SERO Transp.
	IgE totale	IGE	
	Insuline (AJ – PP)	INSU - INSPP	
	Ionogramme (Na, K, Cl, RA, protides)	ION2/ION3 ION5	
	LDH	LDH	
	LH	LH	
	Lipase	LIPA	
	Lithium	LI	
	Magnésium	MG	
	Œstradiol	OEST	
	Phosphore	PHOS	
	Phosphatase alcalines	PAL	
	Potassium (K)	K	
	Pré albumine	PRALB	
	Protéines totales	PROT	
	Progestérone	PRG	
	Prolactine	PRL	
	PSA total	PSA	SERO
	PSA libre (+PSA total)	PSAL	SERO
	Réserve alcaline (RA)	RA	
	Rubéole IgG	RUB1	SERO
	Sodium (Na)	NA	
	SARS-Cov-2	COVGM	SERO
	Sérologie COVID 19	COVHM	SERO
	Syphilis TPHA - VDRL	BWG	SERO
	T...		
	TS gel n°5	Allergènes, ...	

1 seul tube de sérothèque pour tous les examens

Prélever un tube supplémentaire par groupe d'examen qui suit :

1 tube gris(1)

GLYCEMIE		
	Glycémie – Glucose	GLY/GLYF
	Glycémie Postprandiale (2)	GPP
	Hyperglycémie provoquée 75 g (2)	HGP75
	Hyperglycémie provoquée 100g (2)	HGPO2/ 3/4
	Glycémie après charge (2)	GAG1/2/3

(1) Glycémie sur tube sec à gel uniquement si prélèvement au labo
(2) Indiquer l'heure de prélèvement sur chacun des tubes

Les modifications par rapport à la version précédente sont en bleu

Tube	Examen	Code Labo	SERO Transp.
DEPISTAGE ANTENATAL			
TS gel n°4	Trisomie 21 par les MSM(3)	TR21	SERO
(3) MSM = Marqueurs Sériques Maternels			
SEROLOGIES INFECTUEUSES			
TS gel n°5	Dengue Ag	NS1	SERO
	Dengue (IgG et IgM)	DENGM	SERO
TS gel n°6	CMV IgG et IgM	CMVGM	SERO
	Chlamydiae (IgG)	CLATR	SERO
	Epstein Barr	EBV	SERO
	Herpes 1+2 (IgG)	HSV - HSVHN	SERO
	HTLV	HTLV	SERO
AUTRES			
EDTA à gel	Fructosamine		Ex. transmis
	PTH – Parathormone		PTH
HEMATOLOGIE - PARASITOLOGIE			
Tube EDTA n°1	Groupe sanguin - Phénotype (4)	GS	
	RAI (4)	RAI	
(4) Contrôle de la pièce d'identité obligatoire			
Tube EDTA n°2	Hémogramme - NFS	NF	
	Plaquettes	PLA	
	Réticulocytes	RETI	
Tube EDTA n°3	Vitesse de sédimentation	VS	
	Paludisme	PALU	
	Parasites sanguins	PARSG	
ELECTROPHORESIS			
Tube EDTA n°4	Electrophorèse de l'Hb	ELHB	
Tube EDTA n°5	Hb A1C	HBA1C	
TS gel n°7	Electrophorèse des protides	ELP	
	Immunoélectrophorèse des protides	GIMEL	
HEMOSTASE - Facteurs de la coagulation			
Tube Citraté(5)	Fibrinogène	FIB	
	INR - TP	INR - TP	
	TCA	TCA	
	D-Dimères	DDIM	
(5) Transport du tube en position verticale			
Microbiologie			
Pot boraté ou tube boraté	ECBU (Apporter le pot de recueil si transfert dans tube boraté)		ECBU
Écouvillon Eswab	Prélèvement vaginal (prélever systématiquement 2 écouvillons)		PV

Il faut prélever :



1 Tube citraté
BLEU

HEMOSTASE - Facteurs de la coagulation

Tube Citraté ⁽⁵⁾	Fibrinogène	FIB	
	INR - TP	INR - TP	
	TCA	TCA	
	D-Dimères	DDIM	

(5) Transport du tube en position verticale

Précautions particulières

- **Conserver et transporter les tubes en position verticale**
(Note d'information du fournisseur BD Becton Dickinson)
- **Vérifier la date de péremption**
Les tubes citratés ont une date de péremption courte
- **Bien respecter le trait de jaune**
En dessous du trait de jauge, l'examen ne sera pas réalisé
- **Ne surtout pas réfrigérer !!**

Rapports de mélange et volumes des échantillons

Il est absolument essentiel :

- de remplir les tubes (notamment ceux qui contiennent des anticoagulants) avec précision et en observant les tolérances de remplissage
- homogénéiser par retournements lents

Des erreurs particulièrement graves peuvent s'ensuivre si des tubes citratés sont trop ou insuffisamment remplis pour les tests de la coagulation

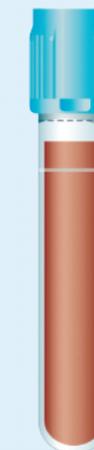
Tubes BD Vacutainer® Plus Citrate

Tubes BD Vacutainer® Plus Citrate

Nouveau :
Indicateur de remplissage minimum, visibilité 360°

Le volume de sang prélevé est suffisant s'il se situe au dessus ou au niveau de l'indicateur de remplissage minimum.

*Recommandations CLSI (NCCLS),
Déc. 2003, Doc. H1-A5, Vol. 23, n° 33
et GEHT 2007 (www.geht.org)



Tube Citrate 2,7 ml
13 x 75 mm
Remplissage complet

Indicateur de remplissage minimum* sur 360°

Bande dépolie autour du tube

Correspond au volume minimum de sang requis pour accepter l'échantillon.



Tube Citrate 1,8 ml
13 x 75 mm
Remplissage complet

Il faut prélever :



Tube EDTA
VIOLET

1 tube EDTA par groupe d'examens

HEMATOLOGIE - PARASITOLOGIE			
Tube EDTA n°1	Groupe sanguin - Phénotype ⁽⁴⁾	GS	
	RAI ⁽⁴⁾	RAI	
<i>(4) Contrôle de la pièce d'identité obligatoire</i>			
Tube EDTA n°2	Hémogramme -NFS	NF	
	Plaquettes	PLA	
	Réticulocytes	RETI	
	Vitesse de sédimentation	VS	
Tube EDTA n°3	Paludisme	PALU	
	Parasites sanguins	PARSG	
ELECTROPHORESES			
Tube EDTA n°4	Electrophorèse de l'Hb	ELHB	
Tube EDTA n°5	Hb A1C	HBA1C	



Tube EDTA
VIOLET à gel

1 tube EDTA à gel pour la fructosamine et la PTH

AUTRES		
EDTA à gel	Fructosamine	Ex. transmis
	PTH - Parathormone	PTH

Bien homogénéiser par retournements lents

Il faut prélever :



Tube Oxalate avec inhibiteur de la glycolyse

GLYCEMIE		
1 tube gris ⁽¹⁾	Glycémie – Glucose	GLY/GLYF
	Glycémie Postprandiale ⁽²⁾	GPP
	Hyperglycémie provoquée 75 g ⁽²⁾ <i>(Test OMS suivi grossesse)</i>	HGP75
	Hyperglycémie provoquée 100g ⁽²⁾	HGPO2/ 3/4
	Glycémie après charge ⁽²⁾	GAG1/2/3

(1) Glycémie sur tube sec à gel uniquement si prélèvement au labo

(2) Indiquer l'heure de prélèvement sur chacun des tubes



Pour les cycles glycémiques et tests avec charge de glucose il faut noter sur chaque tube :

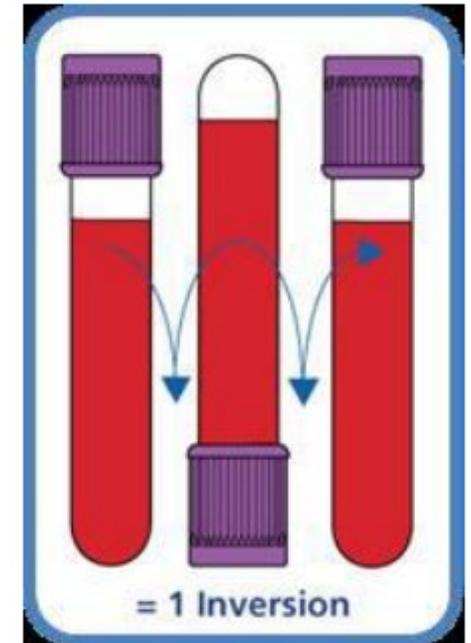
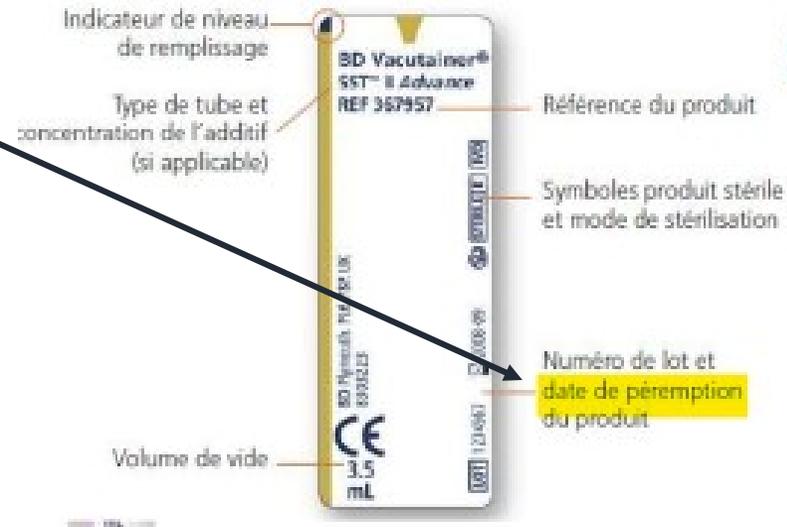
- L'ordre des prélèvements
- La date et l'heure du prélèvement

NB : Les glycémies prélevées sur tube sec doivent être analysés dans le 2h au laboratoire – A éviter en cas de prélèvements hors laboratoire

Précaution pour tous les prélèvements

- Vérifier la date de péremption des tubes
→ Examens non réalisés quand le tube est périmé (à reprélever)

- Mélanger par 5 à 10 retournements successifs (même les tubes secs)
Pour éviter caillots, hémolyse et fibrine



La quasi-totalité des tubes contient des additifs. Même les tubes sérum considérés comme « vides » contiennent des additifs pour accélérer la coagulation du sang. Le contenu du tube doit être soigneusement et lentement mélangé immédiatement après le prélèvement sanguin de manière à permettre à l'additif de se dissoudre

- Respecter les conditions de prélèvement

👉 Manuel de Prélèvement

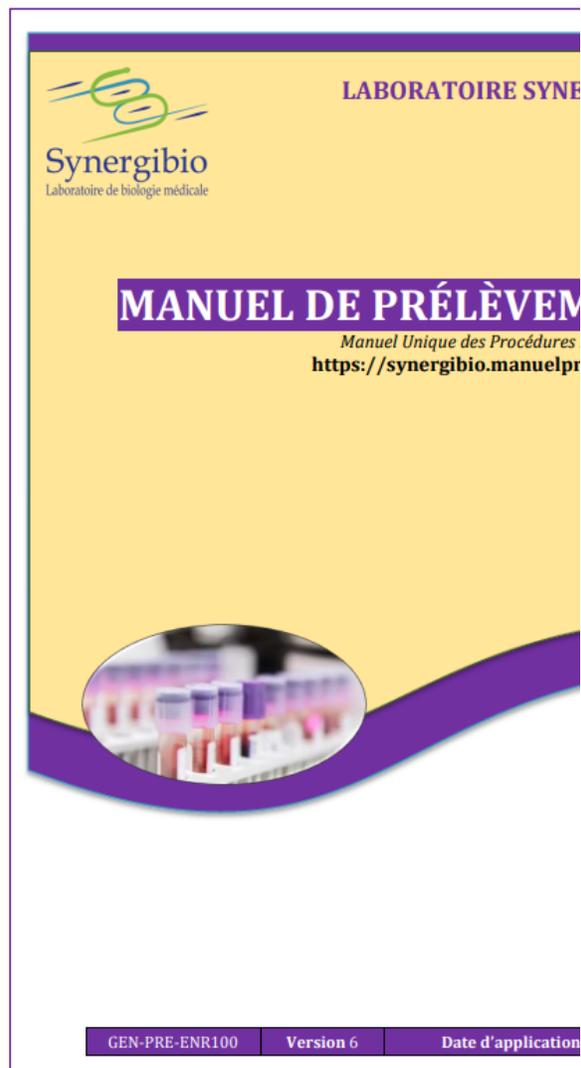
👉 Manuel de prélèvement en ligne (MPL)



Manuel en ligne (MPL)



Manuel de Prélèvement



MANUEL DE PRELEVEMENT

GEN-PRE-ENR100 V6

Sommaire

PRESENTATION DU MANUEL DE PRELEVEMENT	3
NOUVEAUTE.....	5
TOUJOURS D'ACTUALITE	10
I. ABREVIATIONS.....	11
II. PRESENTATION DU LABORATOIRE	12
III. CENTRE PRIVE D'AMP DE GUADELOUPE	15
IV. ADRESSES ET COORDONNEES DES 14 SITES	16
V. TRAITEMENT DES DEMANDES D'EXAMEN	19
VI. TRAITEMENT DES URGENCES.....	22
VII. DELAI DE REMISE DES RESULTATS.....	25
VIII. CONSIGNES GENERALES DE PRELEVEMENTS.....	27
IX. RECLES D'HYGIENE ET DE SECURITE - ELIMINATION DES DECHETS.....	37
X. CONDITIONS DE DELAIS DE TRANSPORT	38
XI. PREPARATION DU PATIENT - PRECONISATIONS	41
XII. PRELEVEMENTS REALISES PAR LE PATIENT	44
XIII. PRELEVEMENTS REALISES PAR LE PRELEVEUR	48
XIV. PRELEVEMENT SANGUIN	49
XV. PRELEVEMENTS BACTERIOLOGIQUES, MYCOLOGIQUES ET PARASITOLOGIQUES	54
XVI. PRELEVEMENTS DES EXAMENS DE BIOLOGIE DE LA REPRODUCTION.....	68
DOCUMENTS ANNEXES	721



Laboratoire SYNERGIBIO

EXAMENS SOUS-TRAITES

Examens sous-traités - Expédiés

- Les examens non réalisés au laboratoire Synergibio sont pour la plupart sous-traités par le laboratoire Cerba
 - ➔ Consulter le [Catalogue Cerba](#) pour les préconisations de prélèvements pour le patient, le tube/flacon à prélever, les conditions de transport et de conservation.

Catalogue en ligne



Catalogue des Examens

Mises à jour catalogue 0 Imprimer Export CSV 2773 Résultats

VOS FILTRES

FILTRES PAR

Examen (Titre, code, synonymes)

Recherche par lettre

11 DESOXYCORTICOSTERONE	Sérum - LC-MS-MS - 12601 - Réfrigéré	Mots-Clés : DOC	Voir le détail
11 DESOXYCORTISOL	Plasma - LC-MS-MS - 12301 - Réfrigéré	Mots-Clés : DF 11 , S , 11 DF , COMPOSE S	Voir le détail



Laboratoire SYNERGIBIO

Identification du patient (INS)
Identification des prélèvements
Identito-vigilance



MINISTÈRE
DE LA SANTÉ
ET DE LA PRÉVENTION
*Liberté
Égalité
Fraternité*



Identité Nationale
de Santé
ins

Bien identifié, bien soigné !

Pour que vous puissiez retrouver vos documents de santé dans **Mon espace santé** et que nous puissions les transmettre à votre médecin nous devons valider votre identité.

SANS INS



GARCIA Sarah-Lou
chez son médecin



HAMADI Sara-Lou
chez son kiné



GARCIA HAMADI Sarah-Lou
dans son labo



GARCIA-HAMADI Sara Lou
chez son gynéco

Vous et votre médecin ne recevez pas vos résultats numériquement

AVEC INS



GARCIA Sarah-Lou
chez son médecin
chez son kiné
dans son labo
chez son gynéco

Vos documents de santé sont dans **Mon espace santé** et envoyés à votre médecin

Arrêté du 27 mai 2021 portant approbation des modifications apportées au référentiel « Identifiant national de santé »

Pour que le patient puisse récupérer ses résultats sur son Espace Santé ou son Dossier Médical Partagé (DMP), il faut :

1. Recueillir son « Consentement au partage de ses informations »
2. Fournir une copie de sa pièce d'identité pour enregistrer son INS



LBM SYNERGIBIO
multi-sites
2, rue de la
République
97100 BASSE-TERRE

**Consentement du patient
au partage d'informations**

Ref : RVC-ENR09 v04
Version : 04
Applicable le : 07-02-2023



Nom du patient :
Prénom :
Date de naissance : / /
Sexe : H F
@Mail :

Pour les patients mineurs ou sous tutelle
Nom/Prénom du tuteur légal :

ATTENTION – Vous devez renseigner les 2 consentements*

* Consentements valables pour tout examen et tout dossier réalisé au laboratoire Synergibio

1) Consentement au partage d'informations dans le cadre d'examen transmis à un laboratoire sous-traitant

Le laboratoire Synergibio peut être amené à transmettre votre prélèvement à un laboratoire médical dans les cas suivants :

- Examens non réalisés au laboratoire Synergibio,
- Examens complémentaires pour compléter le diagnostic si le biologiste le juge nécessaire,
- Incapacité du laboratoire à réaliser l'examen pour cause de panne d'automate, rupture de stock du réactif, etc.
- Examens réalisés par un « Centre de Référence National » (CNR)

Dans ce cas, le transfert de votre prélèvement s'accompagne de partage de données vous concernant (Nom, date de naissance, adresse, renseignements cliniques etc.) avec l'équipe du laboratoire sous-traitant ou du CNR.

Selon le décret n°2016-1349 du 10 octobre 2016 du Ministère des Affaires Sociales et de la Santé "relatif au consentement préalable au partage d'informations entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins", **votre consentement aux partages de ces données est obligatoire.**

Partage d'informations dans le cadre d'examen transmis à un autre laboratoire

Je consens Je refuse

1 En cas de refus, votre prélèvement ne sera pas transmis à un autre laboratoire en conséquence, le diagnostic de votre examen pourrait être incomplet ou s'il s'agit d'une panne d'automate, le rendu du résultat différé jusqu'à réparation.

2) Consentement au transfert sécurisé de mes résultats

1/ Transfert de mes résultats dans mon Dossier Médical Partagé Je consens Je refuse

2/ Transfert de mes résultats sur ma messagerie MS SANTE citoyenne Je consens Je refuse

Fait à
Le

Signature du patient ou du tuteur légal :

■ Définition de l'Identitovigilance

Règles mises en place pour éviter les erreurs liées à l'identification des patients et à l'identification des prélèvements

■ Règles d'Identitovigilance

1/ Vérifier l'identité du patient avant le prélèvement en lui demandant de dire oralement : Noms, prénoms, date de naissance



2/ Ne pas pré-identifier les tubes (avant le prélèvement)

Identifier les prélèvements devant le patient

*Décret no 2016-46 du 26 janvier 2016
relatif à la biologie médicale*

Identification des prélèvements

- Nom de naissance (**obligatoire pour les groupes sanguins**)
- Nom d'usage
- Prénom (premier de l'état civil)
- Date de naissance
- Sexe
- Le numéro d'identification du patient délivré par le laboratoire ou par l'Etablissement de Soins

Conventions d'étiquetage et de signalement des tubes

1/ Collage de l'étiquette des tubes de 3.5 ml



Etiquette collée SOUS le tube

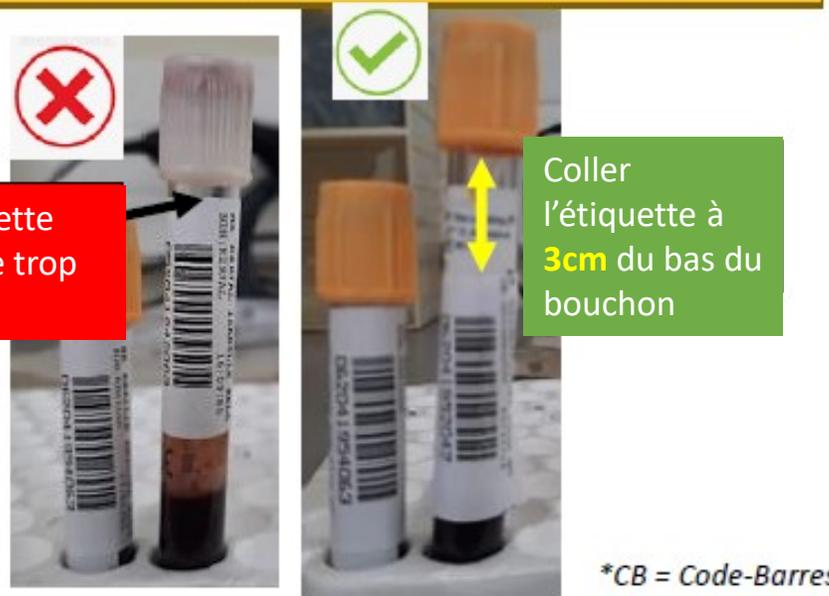
Etiquette collée uniformément sous le bouchon

Etiquette décollée

Etiquette collée SUR le bouchon

L'étiquette doit être placée **au ras du bouchon** pour que le code-barres apparaisse en face du lecteur sur la chaîne analytique

2/ Collage de l'étiquette des tubes de 5 ml et +



Etiquette collée trop haut

Coller l'étiquette à 3cm du bas du bouchon

*CB = Code-Barres

3/ Etiquetage des flacons d'hémoculture



Il ne faut PAS que l'étiquette soit collée sur la zone entourant le Code-barres du flacon

Bien coller l'étiquette



Signalement des urgences

Marquer le bouchon d'un cercle au feutre indélébile



Laboratoire SYNERGIBIO

DOCUMENTS ACCOMPAGNANT LE PRELEVEMENT

- Fiche de prélèvement
- Fiches de renseignements cliniques

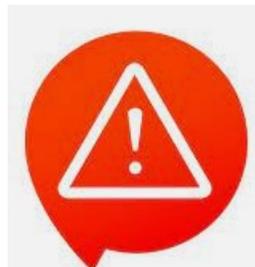
Fiche de prélèvement

ou « Feuille de Prescription externe » ou « Fiche Individuelle »

 LBM SYNERGIBIO multisites 2, rue de la République 97100 BASSE-TERRE		Feuille de prescription externe	Ref : GEN-PRE-ENR002 v05 Version : 05 Applicable le : 15-04-2023	<i>Etiquette</i> Dossier administratif
<input type="checkbox"/> URGENT				
IDENTIFICATION DU PATIENT				
Nom de naissance :		Nom marital :		
Prénoms :		Sexe : <input type="checkbox"/> féminin <input type="checkbox"/> Masculin		
Date de naissance :		Identification INS : joindre une copie de la carte d'identité* <small>*CNI obligatoire pour les ressortissants étrangers (Congo, Groupe sénégal, RAI etc.)</small>		
RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS				
Adresse		N° Rés. Bat. Rue :		
Code postal :		Commune/ville/Pays :		
Tél. portable : 06		Tél. fixe :		E. Mail :
Documents joints : <input type="checkbox"/> Ordonnance <input type="checkbox"/> Attestation de SS <input type="checkbox"/> Carte vitale <input type="checkbox"/> Attestation de mutuelle <input type="checkbox"/> Doc. Identité (CNI etc.)		<input type="checkbox"/> RENOUVELLEMENT ORDO		
Numéro Caisse SS :		N°SS :		
Nom Mutuelle :		Réf. mutuelle :		
PRESCRIPTEUR		PRELEVEUR		
Nom :		Nom :		
Prénoms :		Prénoms :		
Tél :		Tél :		
Fax :		Portable :		
RESULTAT		<input type="checkbox"/> Infirmier <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Sage-femme		
<input type="checkbox"/> au patient <input type="checkbox"/> au Médecin <input type="checkbox"/> à l'IDE *		<input type="checkbox"/> Biologiste <input type="checkbox"/> Technicien		
<input type="checkbox"/> à faxer <input type="checkbox"/> à Poster		<input type="checkbox"/> Autre (préciser) :		
* J'autorise le préleveur à récupérer mon résultat				
Signature :				
CONDITIONS DE PRELEVEMENT				
Patients		Microbiologie		
Jeûne : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Urines fraîches <input type="checkbox"/> Col érythémateux		
Pathologie(s) : <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> HTA <input type="checkbox"/> Autres :		<input type="checkbox"/> Sondage vésical <input type="checkbox"/> Pertes		
Traitement en cours		<input type="checkbox"/> Soudé à demeure <input type="checkbox"/> Ménué/métrorragies		
obligatoire si dosage des médicaments, TP/INR		<input type="checkbox"/> Urines 1 ^{er} jet <input type="checkbox"/> Sèche		
Médicament :		<input type="checkbox"/> Urines 2 ^{ème} jet <input type="checkbox"/> Autres :		
Fonologie :		Commentaires sur le patient		
Date/Heure de la dernière prise :				
Renseignements divers				
<input type="checkbox"/> Poids :				
<input type="checkbox"/> DDR :				
<input type="checkbox"/> Autres :				
<input type="checkbox"/> DDG :		terme : SA		
PRELEVEMENT – ENCHANTILLONS PRELEVES				
Tubes		Fots		Date :
Nbr		Nbr		Nbr
<input type="checkbox"/> EDTA (violet) :		<input type="checkbox"/> Urines ST OU NST :		<input type="checkbox"/> FV :
<input type="checkbox"/> Sec (rouge) :		<input type="checkbox"/> Urines 24h :		<input type="checkbox"/> FV Châ :
<input type="checkbox"/> Sec à gel (jaune) :		<input type="checkbox"/> Selles :		<input type="checkbox"/> FV Myco :
<input type="checkbox"/> Citrate (bleu) :		<input type="checkbox"/> Autres (préciser) :		<input type="checkbox"/> FU :
<input type="checkbox"/> Finoué (gris) :				<input type="checkbox"/> FU Châ :
<input type="checkbox"/> Hép. Lith. (vert) :				<input type="checkbox"/> FU Myco :
<input type="checkbox"/> Autres (préciser) :				<input type="checkbox"/> Mycologie :
Acheminé par : <input type="checkbox"/> Préleveur <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Courrier labo <input type="checkbox"/> Autre Courrier <input type="checkbox"/> Autres.....		Commentaires sur le prélèvement		
ZONE RESERVEE AU LABORATOIRE				
Réception		Revue de contrat		Nature de la NC
Site		Ordonnance		Commentaires
Date		Préconisations patient		
Heure		Conditions de prélèvement		
Nom - Visa du technicien		Prélèvement(s) :		
		nombre		
		Conditionnement (tube, pot, etc.)		
		Remplissage		
		Conditions de transport (délai, T°)		
		Autres :		
<input type="checkbox"/> Anabio (0590 82 20 15)		<input type="checkbox"/> Assainissement (0590 82 53 05)		<input type="checkbox"/> Capesterre (0590 86 46 30)
<input type="checkbox"/> Colomb (0590 81 46 60)		<input type="checkbox"/> Grand-Camp (0590 31 02 28)		<input type="checkbox"/> Jary (0590 38 35 45)
<input type="checkbox"/> Mari (0590 91 29 00)		<input type="checkbox"/> Môme-A-L'Eau (0590 24 41 09)		<input type="checkbox"/> Le Moule (0590 48 15 39)
<input type="checkbox"/> Saint-François (0590 88 59 84)		<input type="checkbox"/> Saint-Martin (0590 54 04 54)		<input type="checkbox"/> Colin (0590 82 10 08)
				<input type="checkbox"/> Gosier (0590 84 04 16)
				<input type="checkbox"/> République (0590 81 08 24)

La fiche de prélèvement (ou document équivalent pour les ES) doit accompagner toutes les demandes d'exams

Le bon remplissage de cette fiche conditionne la qualité du résultat



Elle doit être remplie à nouveau en cas de re-prélèvement du patient pour la même demande d'exams

Fiche de prélèvement

ou « Feuille de Prescription externe » ou « Fiche Individuelle »

La fiche de prélèvement comprend :

- 1 zone de signalement de l'urgence
- 1 zone d'identification du patient
- 1 zone « Prise en charge - tiers payant »

Une copie de la carte d'identité est nécessaire pour enregistrer l'INS⁽¹⁾ du patient et permettre la diffusion de ses résultats sur son DMP⁽²⁾ et/ou sa Messagerie Santé

URGENT

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom de naissance :

Nom marital :

Prénoms :

Sexe : féminin Masculin

Date de naissance :

Identification INS : joindre une copie de la carte d'identité*

*CNI obligatoire pour les examens d'Immunohématologie : Coombs, Groupe sanguin, RAI etc.

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Adresse

N°.Rés. Bat. Rue :

Code postal :

Commune/ville/Pays :

Tél. portable : 06

Tel. fixe :

E. Mail :

⁽¹⁾ INS = Identité Nationale de Santé

⁽²⁾ DMP = Dossier Médical Partagé

Fiche de prélèvement

ou « Feuille de Prescription externe » ou « Fiche Individuelle »

La fiche de prélèvement comprend :

- 1 zone de signalement de l'urgence
- 1 zone d'identification du patient
- 1 zone « Prise en charge - tiers payant »

URGENT

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom de naissance :

Nom marital :

Prénoms :

Sexe : féminin Masculin

Date de naissance :

Identification INS : joindre une copie de la carte d'identité*

*CNI obligatoire pour les examens d'Immunohématologie : Coombs, Groupe sanguin, RAI etc.

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Adresse

N°.Rés. Bat. Rue :

Code postal :

Commune/ville/Pays :

Tél. :

Arrêté du 15 mai 2018 fixant les conditions de réalisation des examens de biologie médicale d'immuno-hématologie érythrocytaire

La vérification de l'identité du patient au moyen d'un document officiel d'identité est obligatoire pour les examens d'Immuno-pathologie (Coombs, Groupe sanguin, RAI etc.)

⁽¹⁾ INS = Identité Nationale

⁽²⁾ DMP = Dossier Médical Partagé

Fiche de prélèvement

ou « Feuille de Prescription externe » ou « Fiche Individuelle »

La fiche de prélèvement comprend :

- 1 zone d'identification du prescripteur
- 1 zone d'identification du préleveur
- 1 zone « RESULTAT »

PRESCRIPTEUR	
Nom :	
Prénom :	
Tél :	
Fax :	
RESULTAT	<input type="checkbox"/> au patient <input type="checkbox"/> au Médecin <input type="checkbox"/> à l'IDE *
	<input type="checkbox"/> à faxer <input type="checkbox"/> à Poster <input type="checkbox"/>
* J'autorise le préleveur à récupérer mon résultat	
Signature :	

PRELEVEUR	
Nom :	
Prénom :	
Tél :	
Portable :	
<input type="checkbox"/> Infirmier <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Sage-femme	
<input type="checkbox"/> Biologiste <input type="checkbox"/> Technicien	
<input type="checkbox"/> Autre (préciser) :	

Fiche de prélèvement

ou « Feuille de Prescription externe » ou « Fiche Individuelle »

La fiche de prélèvement comprend :

- 1 zone « Conditions de prélèvement »
- 1 zone « Prélèvement – Echantillons prélevés »

Les renseignements sur le patient **sont importants** pour l'interprétation du résultat par le biologiste

Pour chaque type de d'échantillon prélevé, indiquez-en le nombre

CONDITIONS DE PRELEVEMENT																			
Patients		Microbiologie																	
Jeûne : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> Non Pathologie(s) : <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> HTA <input type="checkbox"/> Autres : Traitement en cours : Médicament : obligatoire si dosage des Posologie : médicaments, TP/INR Date Heure de la dernière prise :		<input type="checkbox"/> Urines fraîches <input type="checkbox"/> Col érythémateux <input type="checkbox"/> Sondage vésical <input type="checkbox"/> Pertes <input type="checkbox"/> Sonde à demeure <input type="checkbox"/> Ménométrorragies <input type="checkbox"/> Urines 1 ^{er} jet <input type="checkbox"/> fièvre <input type="checkbox"/> Urines 2 ^{ème} jet <input type="checkbox"/> Autres :																	
Renseignements divers <input type="checkbox"/> Poids : <input type="checkbox"/> DDR : <input type="checkbox"/> Autres : <input type="checkbox"/> DDG :		Commentaires sur le patient																	
PRÉLEVÉS		PRÉLEVÉS																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Tubes</th> <th>Nbr</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="checkbox"/> EDTA (violet) :</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Sec (rouge) :</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Sec à gel (jaune) :</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Citraté (bleu) :</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Fluoré (gris) :</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Hép. Lith. (vert) :</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Autres (préciser) :</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>	Tubes	Nbr	<input type="checkbox"/> EDTA (violet) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sec (rouge) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sec à gel (jaune) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Citraté (bleu) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fluoré (gris) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hép. Lith. (vert) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Autres (préciser) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> PU Chla : <input type="checkbox"/> PU Myco : <input type="checkbox"/> Mycologie :	Date : Heure : Commentaires sur le prélèvement	
Tubes	Nbr																		
<input type="checkbox"/> EDTA (violet) :	<input type="checkbox"/>																		
<input type="checkbox"/> Sec (rouge) :	<input type="checkbox"/>																		
<input type="checkbox"/> Sec à gel (jaune) :	<input type="checkbox"/>																		
<input type="checkbox"/> Citraté (bleu) :	<input type="checkbox"/>																		
<input type="checkbox"/> Fluoré (gris) :	<input type="checkbox"/>																		
<input type="checkbox"/> Hép. Lith. (vert) :	<input type="checkbox"/>																		
<input type="checkbox"/> Autres (préciser) :	<input type="checkbox"/>																		
Acheminé par : <input type="checkbox"/> Préleveur <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Coursier labo <input type="checkbox"/> Autre Coursier <input type="checkbox"/> Autres.....																			

Bien noter la date et l'heure de prélèvement

Indiquer les éventuelles difficultés rencontrées au cours du prélèvement

Fiche de prélèvement

ou « Feuille de Prescription externe » ou « Fiche Individuelle »

La fiche de prélèvement comprend :

1 rubrique « zone réservée au laboratoire » permettant de tracer la réception des échantillons et les éventuelles non-conformité relevées

ZONE RESERVEE AU LABORATOIRE

Réception		Revue de contrat	Conformité	Dérogation Bio	Nature de la NC Commentaires
Site		Ordonnance	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Date		Préconisations patient	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Heure		Conditions de prélèvement	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Nom - Visa du technicien		Prélèvement(s) :			
		nombre	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
		Conditionnement (tube, pot, etc.)	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
		Remplissage	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
		Conditions de transport (délai, T°)	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
		Autres :	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Les critères d'acceptation et de refus des prélèvements sont prédéfinis

Seul le biologiste médical peut déroger et accepter un prélèvement non-conforme – Dans ce cas, la conformité sera signalée sur le compte-rendu de résultat

Un prélèvement non-conforme peut être refusé – Dans ce cas il faudra reprélever le patient

« Feuille de prescription externe (FPE) » pré-remplie

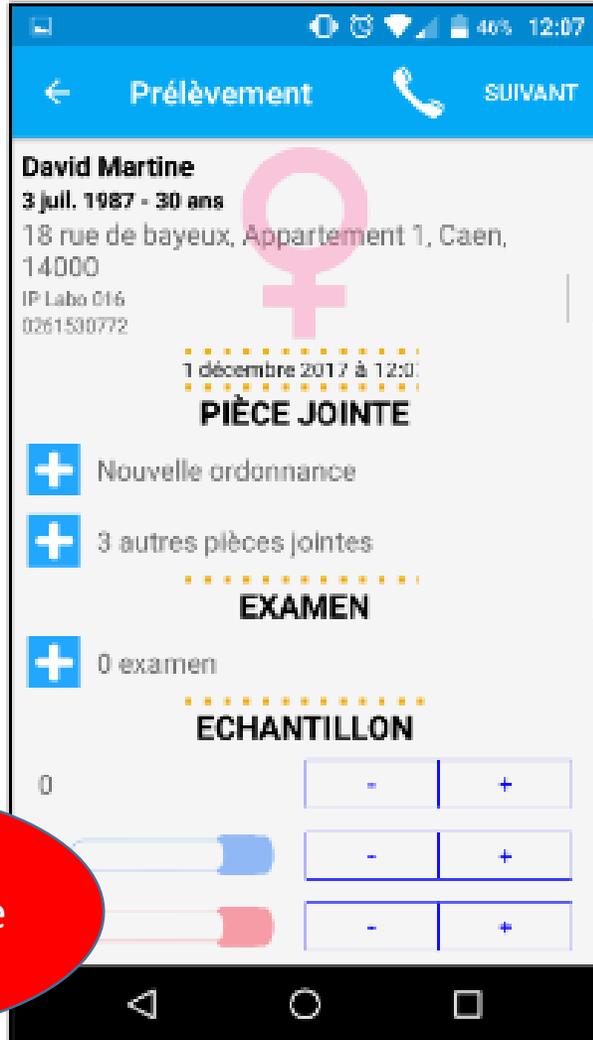
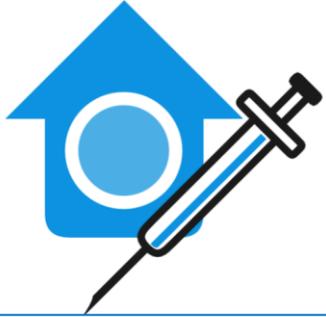
La FPE préremplie est délivrée lorsque le patient est enregistré dans le Système Informatique du Laboratoire

Elle comprend :

- L'identification du patient
- L'identification du dernier préleveur
- Des Zones à renseigner : renseignements cliniques, prélèvements, rendu du résultat etc.
- Des étiquettes pré-identifiées pour l'étiquetage des prélèvements

LBM SYNERGIBIO-Site Saint François				
Rue du Général de Gaulle 97118 SAINT FRANCOIS				
TEL : 0590885984	FAX : 0590884957	N°SECU : 97 3 71049 4		
Identification				
Patient : ME	Adresse : ESPER		A Adresse 2 : la baie	
Né(e) le : 26/03/82	CP/Ville : 97118 SAINT FRANCOIS		Tél F : +590690448151	
Née :	Tél P :			
N°sécurité sociale : 2 82 03 97 101		Organisme : 01 971 7011	ALD :	
Mutuelle : APRIA RSA		Numéro préfectoral : 00402081	Numéro adhérent :	
Montant à régler par le patient : 0.00 euros		Montant à régler par le correspondant: euros		
Documents joints				
<input type="checkbox"/> Ordonnance	<input type="checkbox"/> Carte caisse	<input type="checkbox"/> Attestation caisse		
<input type="checkbox"/> Carte mutuelle	<input type="checkbox"/> Attestation mutuelle	<input type="checkbox"/> Autre:...		
Préleveur : Ed K	Résultats		<input type="checkbox"/> Urgent	
Date et heure :	<i>O au préleveur O au laboratoire</i>		<i>O à téléphoner au médecin</i>	
Prescripteur :	<i>O au correspondant :</i>		<i>O à faxer au médecin</i>	
Renseignements cliniques		Réception des échantillons au laboratoire		
<i>O A jeun</i>		Date et Heure :		
Médicaments		Opérateur :		
AVE: <i>O Préviscan O Sintrom O Coumadine Foslogie</i>		Nature quantité: Conformité: (numéro de NC dans GGW)		
Antibiotiques: Nov:.....	(violet)EDTA:.....	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> NC n°:	
Pasologie:.....	(rouge)SE C:.....	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> NC n°:	
Date de début de traitement:.....	(jaune)SEC+GEL:.....	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> NC n°:	
Autres:.....	(bleu)CITRATE:.....	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> NC n°:	
	(gris)FLUORE:.....	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> NC n°:	
	(vert)HEP LIT:.....	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> NC n°:	
Jour et heure de la dernière prise:.....	POT URINE:.....	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> NC n°:	
	URINE DE 24H:.....	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> NC n°:	
	POT DE SELLES:.....	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> NC n°:	
	ECCOVILLONS:.....	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> NC n°:	
	AUTRE:.....	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> NC n°:	
J'autorise l'infirmier à récupérer mes comptes-rendus de résultats.				
Signature:				
ME	ME	ME	M	ME
Née:	Née:	Née:	Née:	Née:
Sylvie Larissa	Sylvie	Sylvie	Sylvie	Sylvie
26/03/198	26/03/198	26/03/198	26/03/198	26/03/198

Prélèvement à domicile



David Martine
3 juil. 1987 - 30 ans
18 rue de bayeux, Appartement 1, Caen, 14000
IP Labo 016
0261530772

1 décembre 2017 à 12:01

PIÈCE JOINTE

- + Nouvelle ordonnance
- + 3 autres pièces jointes

EXAMEN

- + 0 examen

ECHANTILLON

0

0

0

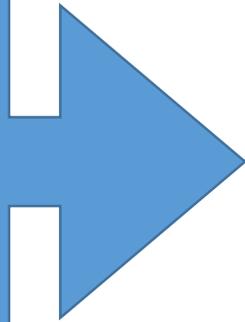
Application
proposée par le
laboratoire

Avec l'application web (PAD Web) et l'application smartphone (IDELab), la plateforme PAD :

- Assure un accès à la base de données des patients du cabinet infirmier enregistrés dans le Système Informatique du Laboratoire
→ **Plus d'erreur d'identification du patient**
- Permet d'enregistrer les données de prélèvements via le smartphone
→ **plus de Fiche de prélèvement papier à remplir**
- Permet d'enregistrer et de partager des pièces jointes avec les collaborateurs ou remplaçants : ordonnances, attestation de SS, etc.
→ **partage des données des patients du même cabinet**
- Permet d'envoyer le dossier directement dans le Système Informatique du Laboratoire qui pourra le traiter avant votre arrivée
→ **gain de temps lors des dépôts de prélèvements**
- Permet la **diffusion des résultats d'INR** dès que disponible

Etiquettes vierges d'identification

Etiquettes vierges à
utiliser pour
l'identification des
prélèvements



Etiquette à imprimer sur une planche de Fiche individuelle



Synergibio

Infirmier(e)
Merci d'utiliser ces étiquettes vierges pour l'identification des prélèvements de vos patients
quand vous n'avez pas d'étiquettes pré-identifiées

Nom :				
Prénom :				
Sexe : F - M				
DDN :				
Examens :				
Nom :				
Prénom :				
Sexe : F - M				
DDN :				
Examens :				
Nom :				
Prénom :				
Sexe : F - M				
DDN :				
Examens :				
Nom :				
Prénom :				
Sexe : F - M				
DDN :				
Examens :				

GEN-PRE-ENR0031 Etiquettes de FI vierges Date d'application : 15-04-2023

Fiche de prélèvements des AUDRA


LBM SYNERGIBIO
 multisites
 2, rue de la République
 97100 BASSE-TERRE

Feuille de prescription
AUDRA PAP-MG

Ref : GEN-PRE-ENR025 v04
 Version : 04
 Applicable le : 14-11-2022




LBM SYNERGIBIO multi-sites
 2, rue de la République
 97100 BASSE-TERRE

Feuille de prescription
AUDRA CAPESTERRE

Ref : GEN-PRE-ENR065 v01
 Version : 01
 Applicable le : 11-10-2019



PATIENT		PRELEVEUR		
Nom de naissance : <input type="text"/>		Nom : <input type="text"/>	Visa : <input type="checkbox"/>	
Nom d'usage : <input type="text"/>		Prénom : <input type="text"/>		
Prénom(s) : <input type="text"/>		Prélèvement effectué le / / A h		
Date de naissance : <input type="text"/>				
Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		<input type="checkbox"/> Urines 2 ^{ème} jet <input type="checkbox"/> Fièvre <input type="checkbox"/> Pathologie(s) hors IRC <input type="checkbox"/> Sondage vésical <input type="checkbox"/> Autres : <input type="checkbox"/> Traitement en cours (obligatoire si dosage des médicaments, TP/INR) <input type="checkbox"/> sonde à demeure <input type="checkbox"/> Médicament : Posologie :		
CONDITION DE PRELEVEMENT				
Renseignements cliniques sur patient		Microbiologie		
Jeûne : <input type="checkbox"/> OUI : <input type="checkbox"/> > 8h <input type="checkbox"/> > 12h <input type="checkbox"/> NON		<input type="checkbox"/> Poids : <input type="checkbox"/> Demande de groupe sanguin et RAI :		
Pathologie(s) hors IRC : Traitement en cours (obligatoire si dosage des médicaments, TP/INR) Médicament : Posologie : Date de la dernière prise : Renseignements divers : Autre(s) : → Vérification d'identité obligatoire - Identité vérifiée avec pièce d'identité <input type="checkbox"/> - Copie pièce d'identité jointe : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Etiquetage des tubes <input checked="" type="checkbox"/> Collez l'étiquette uniformément sur le flanc du bouchon <input type="checkbox"/> Tube de 7 ml : Collez l'étiquette au milieu du tube <input type="checkbox"/> L'étiquette ne doit pas être collée sur le bouchon et ne doit pas arriver sous le tube		
ECHANTILLONS PRELEVES				
Type de bilan	Nbre tubes	Tubes à prélever	Commentaires	
<input type="checkbox"/> AVANT DIALYSE :				
<input type="checkbox"/> Bilan mensuel		    		
<input type="checkbox"/> Bilan trimestriel		    		
<input type="checkbox"/> Bilan semestriel		    		
<input type="checkbox"/> Bilan annuel		    		
<input type="checkbox"/> Bilan Glucido-lipidique		   		
<input type="checkbox"/> Bilan VIH		 		
<input type="checkbox"/> Autre, précisez :				
<input type="checkbox"/> BILAN APRES DIALYSE				
<input type="checkbox"/> Acheminé par le coursier du laboratoire <input type="checkbox"/> Autre: identité du coursier :				
ZONE RESERVEE AU LABORATOIRE				
Reception (visa, date, heure)	Revue de contrat	Conformité	Dérogation Bio	Nature et n° de la NC
	Ordonnance <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC Préconisations patient <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC Conditions de prélèvement <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC Prélèvement(s) : Nombre <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC Conditionnement (tube, pot, etc.) <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC Remplissage <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC Conditions de transport (délai, T°) <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		

PATIENT		PRELEVEUR		
Nom de naissance : <input type="text"/>		Nom : <input type="text"/>	Visa : <input type="checkbox"/>	
Nom d'usage : <input type="text"/>		Prénom : <input type="text"/>		
Prénom(s) : <input type="text"/>		Prélèvement effectué le / / A h		
Date de naissance : <input type="text"/>				
Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		<input type="checkbox"/> Urines 2 ^{ème} jet <input type="checkbox"/> Fièvre <input type="checkbox"/> Pathologie(s) hors IRC <input type="checkbox"/> Sondage vésical <input type="checkbox"/> Autres : <input type="checkbox"/> Traitement en cours (obligatoire si dosage des médicaments, TP/INR) <input type="checkbox"/> sonde à demeure <input type="checkbox"/> Médicament : Posologie :		
CONDITION DE PRELEVEMENT				
Renseignements cliniques sur patient		Microbiologie		
Jeûne : <input type="checkbox"/> OUI : <input type="checkbox"/> > 8h <input type="checkbox"/> > 12h <input type="checkbox"/> NON		<input type="checkbox"/> Poids : <input type="checkbox"/> Demande de groupe sanguin et RAI :		
Pathologie(s) hors IRC : Traitement en cours (obligatoire si dosage des médicaments, TP/INR) Médicament : Posologie : Date de la dernière prise : Renseignements divers : Autre(s) : → Vérification d'identité obligatoire - Identité vérifiée avec pièce d'identité <input type="checkbox"/> - Copie pièce d'identité jointe : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Etiquetage des tubes <input checked="" type="checkbox"/> Collez l'étiquette uniformément sur le flanc du bouchon <input type="checkbox"/> Tube de 7 ml : Collez l'étiquette au milieu du tube <input type="checkbox"/> L'étiquette ne doit pas être collée sur le bouchon et ne doit pas arriver sous le tube		
ECHANTILLONS PRELEVES				
Type de bilan	Nbre tubes	Tubes à prélever	Nbre de tubes	
<input type="checkbox"/> AVANT DIALYSE :				
<input type="checkbox"/> Bilan mensuel		    		
<input type="checkbox"/> Bilan trimestriel		    		
<input type="checkbox"/> Bilan semestriel		    		
<input type="checkbox"/> Bilan annuel		    		
<input type="checkbox"/> Bilan Glucido-lipidique		   		
<input type="checkbox"/> Bilan VIH		 		
<input type="checkbox"/> Autre				
<input type="checkbox"/> BILAN APRES DIALYSE				
<input type="checkbox"/> Acheminé par le coursier du laboratoire, si non, identité du coursier :				
ZONE RESERVEE AU LABORATOIRE				
Reception (visa, date, heure)	Revue de contrat	Conformité	Dérogation Bio	Nature et n° de la NC
	Ordonnance <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC Préconisations patient <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC Conditions de prélèvement <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC Prélèvement(s) : Nombre <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC Conditionnement (tube, pot, etc.) <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC Remplissage <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC Conditions de transport (délai, T°) <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		

Certains examens nécessitent des renseignements particuliers nécessaires à l'interprétation du résultat par le biologiste

- Remplir les « Documents devant accompagner les prélèvements » :

👉 Fiche de renseignements :
BACTERIOLOGIE
ECBU, PV, urines etc.

 LBM SYNERGIBIO multisites 2, rue de la République 97100 BASSE-TERRE		Fiche de renseignements : BACTERIOLOGIE		Ref : GEN-PRE-ENR007 v06 Version : 06 Applicable le : 30-04-2022	Étiquette GED															
Site Préleveur n° : <table border="1" style="display: inline-table;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td> </tr> </table>						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15						
<input type="checkbox"/> URGENT - Promis-le																				
GEN-PRE-ENR07 : Fiche de Renseignements BACTERIOLOGIE																				
PATIENT																				
NOM et prénom :		Date de naissance :		Age :																
Renseignements cliniques :																				
Fièvre : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Date de début des signes cliniques :																				
Avez-vous pris des antibiotiques avant d'effectuer le prélèvement ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, quand ? : _____																				
Devez-vous prendre des antibiotiques après le prélèvement : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui : _____																				
Prenez-vous des corticoïdes ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui																				
ECBU			Indication de prescription (cochez) :																	
Date du recueil :			<input type="checkbox"/> Contrôle après traitement <input type="checkbox"/> Brulure ou gêne <input type="checkbox"/> Fièvre																	
Lieu de recueil : <input type="checkbox"/> Au laboratoire <input type="checkbox"/> Apporté au laboratoire			<input type="checkbox"/> Routine <input type="checkbox"/> Routine Grossesse <input type="checkbox"/> Douleurs pelviennes																	
Origine : <input type="checkbox"/> 2 ^{ème} jet urinaire <input type="checkbox"/> Poche <input type="checkbox"/> Sonde <input type="checkbox"/> Sondage			<input type="checkbox"/> Contrôle pré opératoire non urologique																	
<input type="checkbox"/> Ponction sus pubienne <input type="checkbox"/> Urinocolé <input type="checkbox"/> Urétéroscopie			<input type="checkbox"/> Contrôle avant intervention sur voies urinaires																	
<input type="checkbox"/> Autre :			<input type="checkbox"/> Autre (Précisez) :																	
PRELEVEMENT VAGINAL <input type="checkbox"/> CHLAM <input type="checkbox"/> GONO <input type="checkbox"/> MYCOP																				
Motif du prélèvement : Date des dernières règles :																				
Grossesse : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui (semaines d'aménorrhée) = _____																				
Conditions de prélèvements (cochez) :																				
<input type="checkbox"/> Douche vaginale effectuée ce jour		<input type="checkbox"/> Règles en cours		<input type="checkbox"/> Rapport sexuel depuis moins de 24 h																
<input type="checkbox"/> Antécédent d'infections génitales récent		<input type="checkbox"/> Prise d'ovule ou antibiotique dans les 5 derniers jours																		
Préleveur :			Date et heure de prélèvement :																	
Pertes vaginales (cochez) :																				
Origine : <input type="checkbox"/> Cervico-vaginale <input type="checkbox"/> Chancres <input type="checkbox"/> Col utérin <input type="checkbox"/> Urètre <input type="checkbox"/> Vagin <input type="checkbox"/> Vulve																				
Couleur : <input type="checkbox"/> Incolore <input type="checkbox"/> Blanchâtre <input type="checkbox"/> Brun clair <input type="checkbox"/> Jaunâtre <input type="checkbox"/> Brun foncé <input type="checkbox"/> Sanglantes <input type="checkbox"/> Verdâtre																				
Aspect : <input type="checkbox"/> Liquides <input type="checkbox"/> Crémeuses <input type="checkbox"/> Épaisses <input type="checkbox"/> Grumeleuses <input type="checkbox"/> Purulentes																				
Sécrétions : <input type="checkbox"/> Absentes <input type="checkbox"/> Peu abondantes <input type="checkbox"/> Abondantes <input type="checkbox"/> Très abondantes																				
Aspect du col :																				
PRELEVEMENT URETRAL ET 1^{er} JET URINAIRE <input type="checkbox"/> CHLAM <input type="checkbox"/> GONO <input type="checkbox"/> MYCOP																				
Motif du prélèvement :																				
Conditions de prélèvements (cochez) :																				
<input type="checkbox"/> Écoulement		<input type="checkbox"/> Dernière urine effectuée depuis moins de 2 heures		<input type="checkbox"/> Traitement antibiotique dans les 5 derniers jours																
<input type="checkbox"/> Rapport sexuel depuis moins de 24 h		<input type="checkbox"/> Infection vaginale chez la partenaire <input type="checkbox"/> Antécédent d'infections génitales récentes																		
Préleveur :			Date et heure de prélèvement :																	
Pertes urétrales : Couleur :		Aspect :		Abondance :																
Autres renseignements (ECBU – PV – PU) :																				
AUTRES PRELEVEMENTS (OCUL – ORL – EXPEC – PUS – PONC – PLAIE – PEAU – HEMO)																				
Préleveur :		Date/heure de prélèvement :		Autres renseignements																
Prélèvement : - Type et localisation du prélèvement (préciser clairement) :																				

Certains examens nécessitent des renseignements particuliers nécessaires à l'interprétation du résultat par le biologiste

- Remplir les « Documents devant accompagner les prélèvements » :

👉 Fiche de renseignements :
MYCOLOGIE
Peau, pus, dermatophytes, levures, staphylocoques

Site Préleveur n° :

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15

URGENT - Promis le :

GEN-PRE-ENR061 : Fiche de renseignements MYCOLOGIE

PATIENT

NOM et prénom : _____ Date de naissance : _____ Age : _____

Renseignements cliniques :

Fièvre : oui non Date de début des signes cliniques : _____

Vous avez pris un antifongique dans les 15 derniers jours avant d'effectuer le prélèvement ? Lequel : _____

Vous avez pris un antifongique dans les 2 mois (si prélèvement d'ongles) avant d'effectuer le prélèvement ? Lequel : _____

Vous devez prendre un antifongique après le prélèvement ? Lequel : _____

PRÉLÈVEMENT MYCOLOGIQUE

• Date d'apparition des lésions : _____

• Renseignements sur le patient :

Diabète Eruption cutanée Douleurs articulaires

Vous êtes en contact avec des animaux - Lesquels ? : _____

Vous êtes en contact avec des personnes ayant les mêmes signes cliniques (entourage familiale ou scolaire)

Vous fréquentez des lieux humides (salle de sport, piscine...)

Autres (précisez) : _____

Préleveur : _____ Date et heure de prélèvement : _____

Fluorescence à la lampe de Wood : Oui Non

Code labo	Type de recherche - Contexte	Matériel	Localisation du prélèvement - Remarques
<input type="checkbox"/> DERM	Levures et dermatophytes Contexte : peau ou phanères, lésion sèche	 ou  et/ou 	
<input type="checkbox"/> PEAU	Bactéries, Levures et dermatophytes Contexte : lésion évocatrice d'infection fongique accompagnée de suintement/inflammation	 Et  ou  et/ou 	
<input type="checkbox"/> LEVU	Levures Contexte : lésion d'une muqueuse (muguet, perlèche, balanite...)		
<input type="checkbox"/> PLAIE	Bactéries, levures Contexte : Lésion cutanée type furunculose, ulcère, etc...		
<input type="checkbox"/> PUS	Bactéries, levures Contexte : Collection profonde, abcès		
<input type="checkbox"/> STAPH	Staphylocoque doré		

Matériel :

 ou  Boîte de Pétri ou pot stérile

 Ecouvillon sec

 Ecouvillon avec milieu de transport

- Remplir les « Documents devant accompagner les prélèvements » :
- ☛ Fiche de renseignements : **PARASITOLOGIE - COPRO**
Prélèvement des selles

 Synergibio <small>Laboratoire de biologie médicale</small>	LBM SYNERGIBIO multisites 2, rue de la République 97100 BASSE-TERRE	Fiche de renseignements cliniques : Parasitologie des selles - Coproculture	Ref : GEN-PRE-ENR008 v04 Version : 04 Applicable le : 01-10-2020 	Etiquette GED
--	--	---	---	----------------------

URGENT - Promis-le

Site Préleveur n° :

1	2	3	4	5	6	7	8	10	11	12	13	14	15
---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----

GEN-PRE-ENR08 : Fiche de Renseignements
PARASITOLOGIE - COPROCULTURE

Document à remplir lors de l'examen parasitologique des selles ou d'une Coproculture

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

NOM et prénom :	Date de naissance :	Age :
Traitement médicamenteux : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui - Date de début de traitement : Antibiotiques/Antidiarrhéiques/Antiparasitaires (Nom des médicaments) :		

RENSEIGNEMENTS SUR LE PRELEVEMENT

Date :	Heure :	Remarques :
--------	---------	-------------

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Cocher le(s) case(s) correspondant à votre situation

<input type="checkbox"/> Diarrhée :		Date de début :	Nombre de selles/jour :
<input type="radio"/> Aiguë (<10 jours)	<input type="radio"/> Chronique (longue durée, récidives)		
<input type="checkbox"/> Prurit anal (démangeaisons en journée et/ou la nuit)	<input type="checkbox"/> Toux		
<input type="checkbox"/> Présence de sang et/ou de glaires dans les selles	<input type="checkbox"/> Eruption cutanée (boutons)		
<input type="checkbox"/> Nausées / Vomissements	<input type="checkbox"/> Fièvre :°C		
<input type="checkbox"/> Douleurs abdominales (maux de ventre)	<input type="checkbox"/> Fatigues		
<input type="checkbox"/> Douleurs musculaires			
<input type="checkbox"/> Autres signes cliniques :			

CONTEXTE

- Etes-vous un cas isolé dans votre entourage ? Non Oui
- Adulte - Profession :
- Enfant : scolarisé en crèche autre :
- Avez-vous mangé du poisson cru ou de la viande crue ? Non Oui - Date :
- Avez-vous voyagé dernièrement ? Non Oui
 Si oui Où : Dates : du au
- Vous êtes-vous baigné en rivière dernièrement ? Non Oui
 Si oui où ? : Date :
- Autres :

- Remplir les « Documents devant accompagner les prélèvements » :

☛ Fiche de renseignements : COVID

Sérologie et PCR COVID19

Recueil du consentement du patient à la diffusion de ses résultats au SIDEP

En cas de refus, le patient n'aura pas de Certificat Covid avec le QR code

	LBM SYNERGIBIO multisites 2, rue de la République 97100 BASSE-TERRE	Fiche de renseignements COVID	Ref : GEN-PRE-ENR009 v09 Version : 09 Applicable le : 23-03-2023	Etiquette GED
Fiche de Renseignements PCR/sérologie SARS-CoV-2 COVID-19 <i>Les champs avec un astérisque sont à renseigner obligatoirement</i>				
PATIENT				
Nom de naissance* : Nom marital :	Téléphone portable* : Adresse principale/Pays* :	Prise en charge à 100% (Exo3) : <input type="checkbox"/> Patient > 65 ans <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> Mineur <input type="checkbox"/> Prof. de santé <input type="checkbox"/> Immunodéprimés		
Prénom* : Date de naissance* : Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> H n° sécurité sociale* :	@Mail* :			
Informations obligatoires (SIDEP)				
Origine du prélèvement <input type="checkbox"/> PCR nasopharyngé <input type="checkbox"/> PCR salivaire <input type="checkbox"/> sérologie <input type="checkbox"/> autre, précisez :				
Symptômes : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, depuis combien de jours : <input type="checkbox"/> RT-PCR COVID/ Test antigénique positif, date : ___/___/202				
▪ Professionnel de santé : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non				
▪ Hébergement <input type="checkbox"/> Individuel privé <input type="checkbox"/> Hébergement collectif <input type="checkbox"/> EHPAD <input type="checkbox"/> Hôpital/Etablissement de Soins <input type="checkbox"/> Milieu carcéral				
<input type="checkbox"/> Patient résident hors de son département :				
Pays de résidence passagère : Département : Code postal :				
<input type="checkbox"/> Patient revenu de l'étranger - Pays de provenance : Date du retour :				
Informations au Patient				
En vertu de la LOI no 2022-1089 du 30 juillet 2022, les données associées à votre test ne seront transmises à la cellule d'intervention de la Santé Publique France en région (SI-DEP ou Système d'Informations de DEPistage) que si vous y consentez . En cas de consentement, vos données seront transmises au SI-DEP et vous aurez un justificatif d'absence de contamination (certificat numérique de l'UE) disponible sur sidep.gouv.fr . Dans tous les cas, votre résultat sera délivré par le laboratoire.				
<input type="checkbox"/> Je consens (Votre certificat numérique de l'UE sera disponible sur sidep.gouv.fr) Signature du patient :				
<input type="checkbox"/> Je ne consens pas (Dans ce cas, vous n'aurez pas de certificat COVID)				

- Remplir les « Documents devant accompagner les prélèvements » :

📄 Fiche de renseignements : **ARBOVIROSES**

Dengue, Chikungunia, Zika



LBM SYNERGIBIO
multi-sites
2, rue de la République
97100 BASSE-TERRE

Fiche de renseignements cliniques ARBOVIROSES

Ref : GEN-EXP-ENR001 v02
Version : 02
Applicable le : 03-06-2020



Patient

Nom :
Prénom :
DDN :/...../.....
Sexe : Féminin Masculin

Etiquette dossier

Signes cliniques

Date de début des signes :/...../.....

Fièvre >39°C Céphalées Arthralgies Myalgies Lombalgies Asthénie
 Douleurs retro-orbitaires Douleurs articulaires Exanthème maculo-papuleux
 Œdème des extrémités Hyperhémie conjonctivale Asymptomatique
 Signe(s) neurologique(s) :
 Autres :

Contexte

■ **Grossesse** : Non Oui - Date de début de grossesse/...../.....
 ■ **PMA+/- Préservation de fertilité** : Non Oui
 ■ **Cas dans l'entourage** : Non Oui :
 ■ **Voyage dans les 15 jours précédant le début des signes** : Non Oui
 Si oui, **Pays visité** : **Date de retour** :/...../.....

RAPPEL DES SIGNES

● **Dengue et Chikungunya** :

Fièvre > 38,5°C associée au moins à un des signes suivants : céphalées (maux de tête), arthralgie (douleur articulaire), myalgie (douleur musculaire), lombalgie (douleur lombaire), douleur rétro-orbitaire (douleur oculaire)

● **ZIKA** :

Eruption cutanée (brusque) à type exanthème avec ou sans fièvre associée au moins à 2 signes suivants : hyperthémie conjonctivale (conjonctivite), arthralgie (douleur articulaire), myalgie (douleur musculaire)

- Remplir les « Documents devant accompagner les prélèvements » :

➔ Fiche de renseignements Cerba Immuno Hématologie
à remplir après une RAI positive



IMMUNO-HEMATOLOGIE

- FEUILLE DE RENSEIGNEMENTS -

Secrétariat :
Tél : 01 34 40 20 20
Fax : 01 34 40 21 29
(doit obligatoirement accompagner une feuille de demande d'examen)

IDENTITE DU PATIENT

NOM de NAISSANCE* (obligatoire) :

NOM d'USAGE* :

Prénom(s) * : Sexe* : Masculin Féminin

Date de naissance * : | | | | | | | | | |

Date et heure du prélèvement : | | | | | | | | à h..... min

Nom du préleveur :

(Renseignements identiques à préciser sur les tubes du patient)

CONTEXTE CLINIQUE

RAI pré-opératoire : oui non

Transfusion : oui non Si oui, date < 4 mois : oui non

A partir du 1^{er} janvier 2019, dans un contexte de transfusion, selon l'arrêté du 26 décembre 2017, la responsabilité de l'exercice des examens en immunohématologie et la délivrance des PSL doit être confiée à une même structure.

Grossesse : oui non Si oui, Date de début de grossesse : | | | | | |

Nombre de grossesses antérieures : Autres : IVG Avortement spontané

Notion d'injection d'anti-D (Rophylac®) : oui non

Si oui, date : | | | | | | Dose injectée : 200µg 300µg

Myélome multiple traité par Daratumumab : oui non

Autres renseignements (pathologie....) :

ELEMENTS D'ORIENTATION **

Résultat du dépistage *(joindre une photocopie de la feuille de résultats)*

Antécédents de RAI positive: oui non Si oui, Ac identifié :

Groupe sanguin complet (ABO RH-KEL1) *(joindre une photocopie)* :

** (à compléter pour toute demande d'identification d'agglutinines irrégulières)



Laboratoire SYNERGIBIO

TRANSPORT DES PRELEVEMENTS

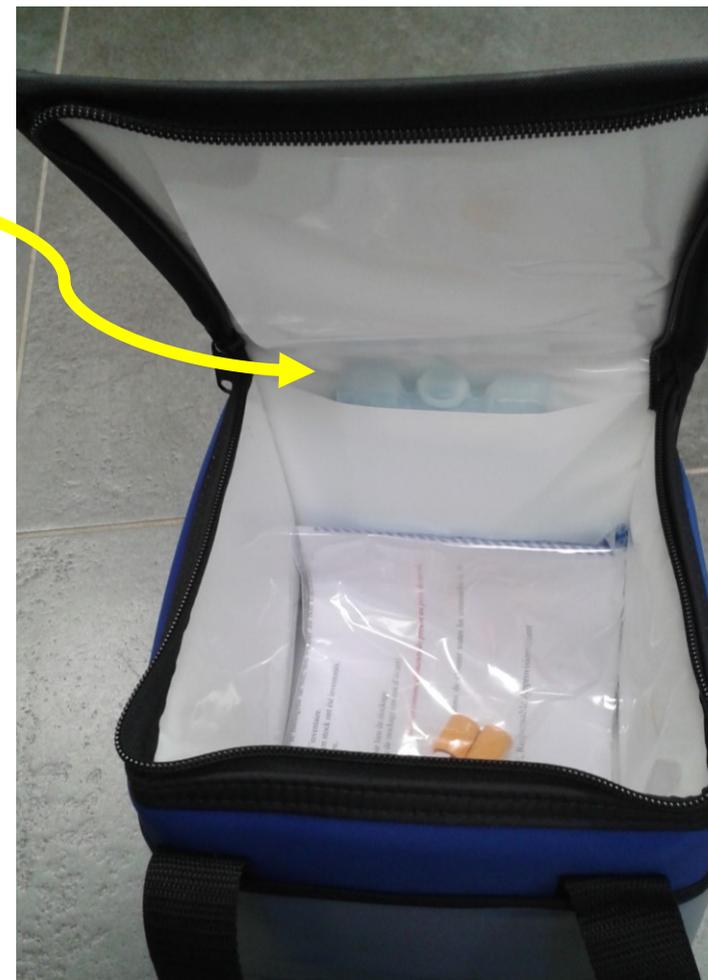
- Conditions et délais d'acheminement
- Règles de transport des « Echantillons biologiques »

La plupart des prélèvements se transportent à température ambiante

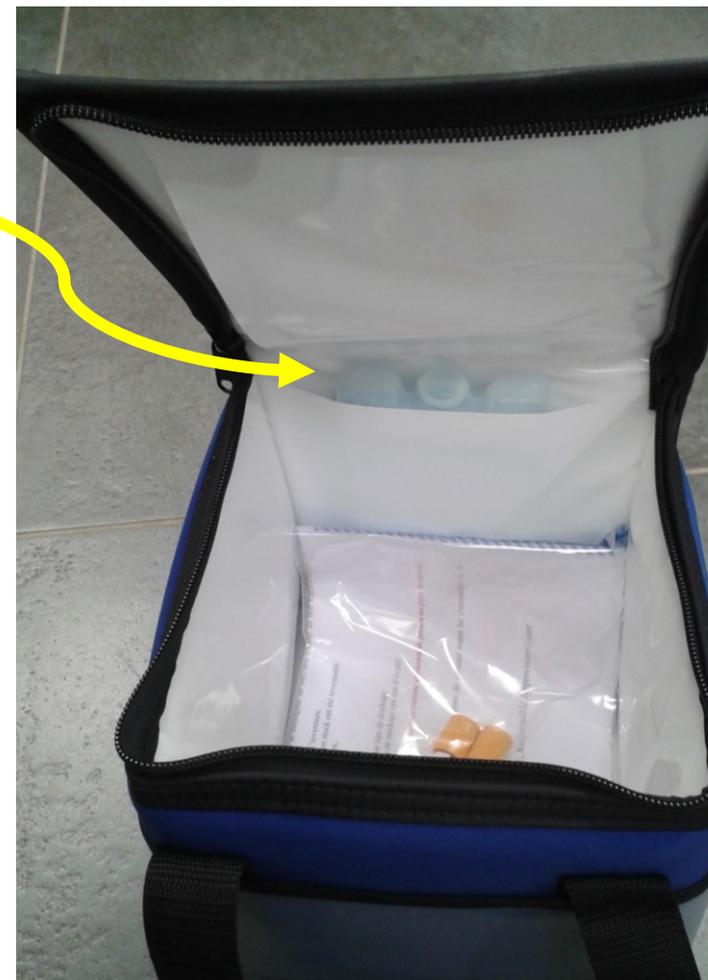
Température ambiante :

Entre 15 et 25°C

Même à TA, toujours placer un pain de glace (=eutectique) dans le sac de transport pour garantir le maintien des températures et éviter les chocs thermiques liés aux fortes chaleurs



La plupart des prélèvements se transportent à température ambiante



- 1/ Ne pas mettre le pain glace au contact des prélèvements !
- 2/ Les prélèvements doivent être acheminés dans le sac jusqu'au Poste d'accueil du laboratoire
(ne pas laisser le sac dans le voiture!!)

Les examens avec **conditions particulières de température de transport et de conservation** sont mentionnés :

📄 Dans la brochure « choix des tubes – Ordre des prélèvements »



Choix des tubes
Ordre des prélèvements

Sites de la Grande-Terre

- Site Anabio (Abymes) – 0590 82 20 15
- Site Assainissement (Pointe-à-Pitre) – 0590 82 53 05
- Site Grand-Camp (Abymes) – 0590 21 02 28
- Site Gosier – 0590 84 04 16
- Site Marti (Pointe-à-Pitre) – 0590 91 29 00
- Site Morne-à-l'Eau – 0590 24 41 09
- Site Saint-François – 0590 88 59 84

Sites de la Basse-Terre

- Site Capesterre – 0590 86 46 30
- Site Collin (Petit-Bourg) – 0590 82 10 08
- Site C. Colomb (Basse-Terre) – 0590 81 46 60
- Site Jarry (Baie-Mahault) – 0590 38 35 45
- Site République (Basse-Terre) – 0590 81 08 24

Site de Saint-Martin

- Site Saint-MartinSM – 0590 54 04 54

Sites Pré/Post analytiques
Sites Pré/Post et Plateaux techniques de Biologie Générale
Site Pré/Post et Plateau technique spécialisé : T21 et Biologie de la reproduction

Transport réfrigéré (2-8°C)

ELECTROPHORÈSES			
Tube EDTA n°4	Electrophorèse de l'Hb	ELHB	
Tube EDTA n°5	Hb A1C	HBA1C	
TS gel n°7	Electrophorèse des protides	ELP	
	Immunoélectrophorèse des protides	GIMEL	

Les examens avec **conditions particulières de température de transport et de conservation** sont mentionnés :

- Pour chaque examen, dans le Manuel de prélèvement en ligne
- Page d'accueil (icônes)
- Rubrique « transport »



TP/INR – TAUX DE PROTHOMBINE AVEC TRAITEMENT AVK
INTERNATIONAL NORMALIZED RATIO (INR), TEMPS DE QUICK
TP

Température ambiante - Ne pas réfrigérer ou congeler



ELECTROPHORESE DE L'HEMOGLOBINE
DIAGNOSTIC D'UNE ANOMALIE DE L'HEMOGLOBINE, DREPANOCYTOSE, THALASSEMIE...
ELHB

Conservation préanalytique réfrigérée



 CONSERVATION & TRANSPORT	
Transport au laboratoire	Transport réfrigéré à +2/+8°C
	Sérum non décanté - Conservation à 2-8°C
Stabilité de l'analyte avant analyse	Sérum décanté : - 3 jours à 15-25°C - 8 jours à 2-8°C - 12 mois à > -20°C

Conditions de Transport et délai d'acheminement

Type de prélèvements	Délai d'acheminement
Prélèvements sanguins	6 heures 4 heures pour les prélèvements d'hémostase (tube citraté bleu)
Prélèvements bactériologiques avec milieu de transport	24 heures
Prélèvements bactériologiques sans milieu de transport (<i>biopsie, expectoration, urines...</i>)	2 heures maximum
Prélèvement d'urines (<i>Biochimie</i>) <i>Sauf ECBU en tube ou flacon boraté</i>	2 heures maximum

Examens Cytobactériologique Urinaire (ECBU)

Transfert des urines dans un tube boraté (vert kaki)

Conservation : **48h** à Température ambiante
(au lieu de 2h si urines non transférées)

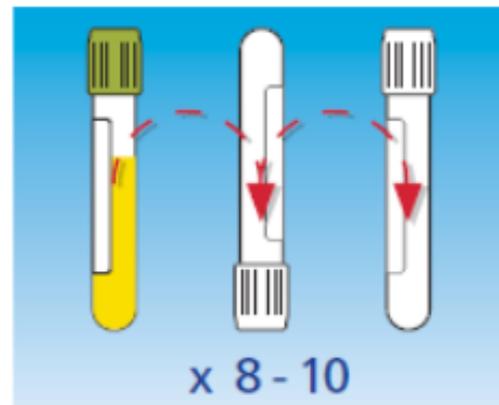


Prélèvement

1



2



3



Ramener pot et tube au laboratoire

Les examens devant être **acheminés rapidement** au laboratoire sont mentionnés :

-  Dans la brochure « choix des tubes – Ordre des prélèvements »



Acheminer dans les 4h – Signaler au laboratoire

Tube	Examen	Code Labo	SERO Transp.
	IgE totale	IGE	
	Insuline (AJ – PP)	INSU - INSPP	
	Ionogramme (Na, K, Cl, RA, protides)	ION2/ION3 ION5	
	LDH	LDH	

Les examens devant être **acheminés rapidement** au laboratoire sont mentionnés :

- 📄 Dans la brochure « choix des tubes – Ordre des prélèvements »
- 📄 Dans le Manuel de prélèvement en ligne (pour chaque examen)
 - Page d'accueil (icônes)
 - Rubrique « Conservation et transport »



IONOGRAMME DES 24H (URINES)

IONOGRAMME URINAIRE (NAU - KU), VOIR POTASSIUM ET SODIUM URINAIRE

ION24



CONSERVATION & TRANSPORT

Transport au laboratoire

Acheminer rapidement au laboratoire (<2h)
à température ambiante (15-25°C)

Transport des matières biologiques : Règles d'emballage et d'étiquetage

Classification ADR :

Matière de classe 6.2

« Echantillons prélevés sur des patients »,
ONU 3373 « Matière Biologique – CATEGORIE B »

Règle 1 : Triple emballage

- **Emballage primaire** : tube ou flacon
- **Emballage secondaire** : boîtes ou sachets de transport étanches
- **Emballage tertiaire** : emballage extérieur robuste (glacière, malette de transport)

Règle 2 : Etiquetage de l'emballage externe

- Mentionner clairement : «ECHANTILLON BIOLOGIQUE»
- Numéro ONU : UN 3373 dans un losange orthogonal
- Indiquer : le nom, adresse et n° de téléphone du responsable du prélèvement

ADR

*Accord européen relatif au transport international des marchandises **Dangereuses** par **Route***



Transport des matières biologiques : Règles d'emballage et d'étiquetage

Classification ADR :

Matière de classe 6.2

« Echantillons prélevés sur des patients »,
ONU 3373 « Matière Biologique – CATEGORIE B »

Règle 1 : Triple emballage

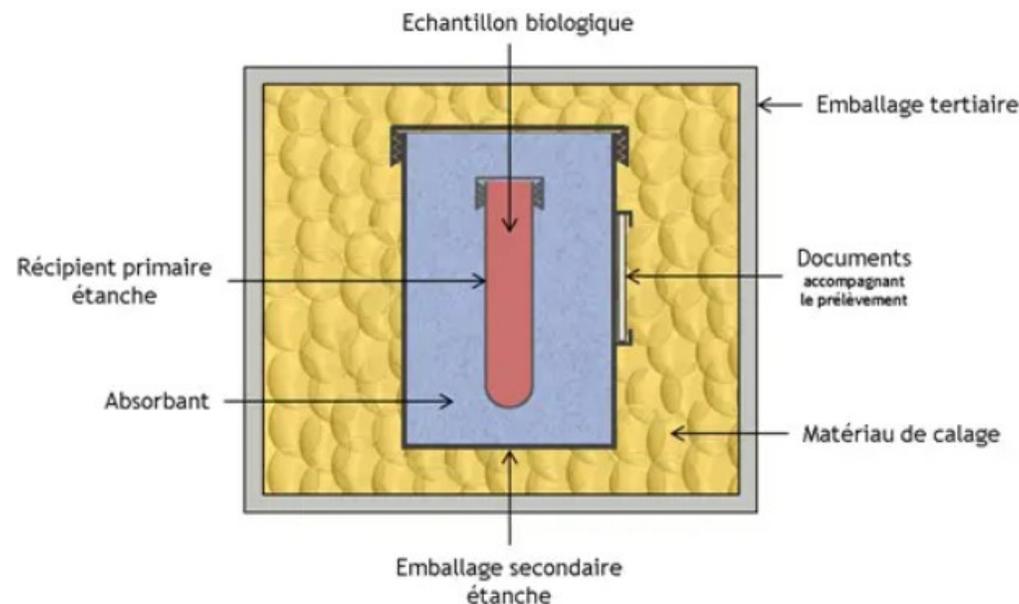
- **Emballage primaire** : tube ou flacon
- **Emballage secondaire** : boîtes ou sachets de transport étanches
- **Emballage tertiaire** : emballage extérieur robuste (glacière, malette de transport)

Règle 2 : Etiquetage de l'emballage externe

- Mentionner clairement : «ECHANTILLON BIOLOGIQUE»
- Numéro ONU : UN 3373 dans un losange orthogonal
- Indiquer : le nom, adresse et n° de téléphone du responsable du prélèvement

« ECHANTILLON BIOLOGIQUE »

Schéma simplifié d'un triple emballage
(selon normes de la classe 6.2. de l'ONU)



« **Nom, adresse, téléphone** »

Guide de transport des prélèvements biologiques



Laboratoire SYNERGIBIO
Réf : GEN-PRE-ENR54 V02
Date d'application : 20-10-2019

Transport des prélèvements biologiques

Rappel de la Législation

Le transport des prélèvements est soumis à la réglementation ADR (Accord européen relatif au transport international des marchandises Dangereuses par Route) en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2015.

*Classification des Prélèvements transportés :
Matières infectieuses de Catégorie B*

Définitions :

▪ **Classe 6.2 - Matières infectieuses**
Matière connue pour contenir, ou dont il est raisonnable de croire qu'elle contient, des micro-organismes viables connus pour causer, ou dont il est raisonnable de prévoir qu'ils causent, des maladies chez l'homme ou l'animal ...Virus (VIH, H1N1), bactéries, parasites, champignons matières biologiques, échantillons de diagnostic contaminés.

▪ **Catégorie B (danger faible) :**
Matière infectieuse qui ne satisfait pas aux critères de la Catégorie A*, mais qui présente un risque à la sécurité publique.
On les retrouve sous le numéro : UN 3373 - MATIÈRE BIOLOGIQUE, CATÉGORIE B

***CATÉGORIE A (danger élevé) :**
Matière infectieuse qui peut, en cas d'exposition à celle-ci, provoquer une invalidité permanente, constituer une menace ou provoquer la mort.

Le transport des prélèvements de catégorie B doit satisfaire aux règles de l'Instruction P650 de la réglementation ADR

GEN-PRE-ENR54 V2
Date d'application : 02-10-2019

Instruction P650

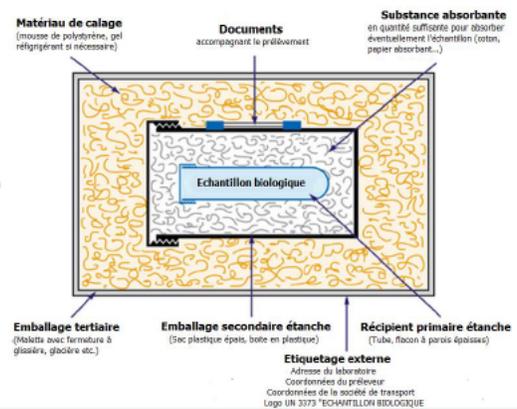
Règle 1 : Triple emballage

- **Emballage primaire :** tube ou flacon
- **Emballage secondaire :** boîtes ou sachets de transport étanches
- **Emballage tertiaire :** emballage extérieur robuste (glacière, mallette de transport)

Règle 2 : Etiquetage de l'emballage externe

- **Mentionner clairement :** « ECHANTILLON BIOLOGIQUE »
- **Numéro ONU :** UN 3373 dans un losange orthogonal
- **Indiquer :** nom, adresse et n° de téléphone du responsable du prélèvement

Schéma simplifié du triple emballage (Selon normes de la classe 6.2 de l'ONU)



Les températures de transport

- **Température ambiante (TA) :** 15 à 25°C
- **Réfrigérée (REF) :** 2 à 8°C
- **Congelée :** <-18°C

Les Bonnes Pratiques

Conditions et délais de transport

Le transport des prélèvements doit se faire dans le respect des températures et des délais d'acheminement : consultables dans le Manuel de prélèvement en ligne du laboratoire.

<http://synergibio.manuelprelevement.fr>

Guide d'Utilisation des eutectiques et du sac de transport

- Le liquide eutectique doit être parfaitement congelé (état solide à cœur) avant utilisation de la plaque.
- Placer l'eutectique dans le sac de transport 10 minutes au moins avant d'y mettre les premiers prélèvements
- Le placer dans la poche du sac de transport **(Ne jamais le mettre au contact des prélèvements)**
- Les prélèvements doivent être acheminés au Poste de tri du laboratoire dans le sac de transport **(Ne pas laisser le sac dans la voiture par ex.)**



- Pour un transport à TA : mettre l'eutectique dans la poche du dessus (Fig.1)
- Pour un transport REF : mettre l'eutectique dans la poche latérale (Fig. 2)

Nettoyage et décontamination du matériel
Sac et eutectiques doivent être nettoyés (eau + savon) et décontaminés (solution antiseptique) périodiquement





Laboratoire SYNERGIBIO

Traitement des demandes d'examens

- Réception des prélèvements - Critères d'acceptation et de refus
- Traitement des Urgences
- Facturation : tiers payant – Examens hors nomenclature – Examens à l'initiative du patient -Examens sous-traités (autorisation du patient)

Réception des prélèvements : Critères d'acceptation et de refus

Modifications en bleu

	CRITERES A VERIFIER	NON-CONFORMITES MINEURES	NON-CONFORMITES MAJEURES
	Préconisation de prélèvements pour le patient - Respect des conditions de prélèvements par le patient	- Préconisations non renseignées (ex : jeûne non renseigné)	- Non-respect des préconisations de prélèvements
	Prescription/Ordonnance - Identification et coordonnées du prescripteur - Identification du patient complète (Nom, Nom marital, DDN, Sexe) - Date de la prescription (≤ 1 an pour l'application du 1/3 payant) Fiche de Prélèvement remplie par le préleveur <i>Fiche individuelle, feuille de prescription externe, Bon de transmission des ES...</i> - Identification du Préleveur - Identification du patient (Avec document d'identité pour les examens d'hématologie érythrocytaire (Groupe sanguin, phénotype etc.) – Arrêté du 15/05/2018 du CSP) - Date et heure de prélèvement - Préconisations (jeûne indiqué) - Traitements en cours - Etat clinique du patient (pathologies en cours)	- Identification et/ou coordonnées du prescripteur incomplètes - Identification du patient incomplète - Absence de date de prescription - Absence d'identification du préleveur - Préconisations non renseignées - Renseignements cliniques (traitement, pathologies) non renseignés → régularisation par le biologiste si nécessaire	- Absence d'identification du prescripteur - Absence de signature du prescripteur - Absence d'identification du patient - Absence d'identification du patient - Absence de preuve de vérification de l'identité du patient avec un document officiel d'identité pour les examens d'hématologie érythrocytaire - Date et heure de prélèvement non renseignées (sauf si renseignées sur le prélèvement)
CONDUITES A TENIR		<input checked="" type="checkbox"/> Régularisation (dans le délai compatible à la réalisation de l'examen) ↓ ACCEPTATION	<input checked="" type="checkbox"/> REFUS : Ne pas enregistrer le dossier <input checked="" type="checkbox"/> Urgence ou prélèvement précieux ↓ DEROGATION (par le biologiste) ↓ ACCEPTATION

Critères d'acceptation ou de refus concernant

- La préparation du patient
- Les documents transmis et/ou à transmettre

En cas de non-conformité majeure, le prélèvement est refusé

Réception des prélèvements : Critères d'acceptation et de refus

Critères d'acceptation ou de refus concernant

- La qualité du prélèvement
- Les conditions de transport

	CRITERES A VERIFIER	NON-CONFORMITES MINEURES	NON-CONFORMITES MAJEURES
 <p>Prélèvement</p>  <p>Niveau de remplissage</p>	<p>Conduite du prélèvement</p> <ul style="list-style-type: none"> - Respect du mode opératoire de prélèvement - Date et heure de prélèvement 		<ul style="list-style-type: none"> - Date et heure de prélèvement non renseignées (sauf si renseignées sur la fiche de prélèvement) - Non-respect du mode opératoire de prélèvement
	<p>Identification du prélèvement</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identification du prélèvement (Noms, Prénom, DDN, Sexe) - Etiquetage - Double étiquetage 	<ul style="list-style-type: none"> - Absence du nom de naissance ou du nom marital (pour les femmes mariées) - Identification incomplète - Sexe non renseigné 	<ul style="list-style-type: none"> - Prélèvement non identifié - Absence du nom de naissance pour un groupe sanguin - Discordance d'identité entre la prescription et le prélèvement - Discordance d'identité entre les 2 étiquettes si double étiquetage
	<p>Qualité du prélèvement</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prélèvement présent - Respect du niveau de remplissage (trait de jauge) - Respect du conditionnement primaire (couleur du tube/flacon) - Aspect général 		<ul style="list-style-type: none"> - Absence de prélèvement ou prélèvement insuffisant - Tube/flacon non conforme - Non-respect du trait de jauge (tube bleu citraté) - Prélèvement hémolysé (pour certains examens)
 <p>Prétraitement</p>	<p>Traitement et Conservation pré-analytique</p> <ul style="list-style-type: none"> - Respect des conditions de prétraitement - Respect des conditions de conservations pré-analytiques (température ambiante, réfrigération, congélation) 	<ul style="list-style-type: none"> - Prélèvement non centrifugé (régularisation possible pour certains examens) 	<ul style="list-style-type: none"> - Non-respect des conditions de traitement pré analytique - Prélèvements centrifugés par erreur - Non-respect de la température de conservation
 <p>ACHEMINEMENT</p>	<p>Délai d'acheminement</p> <ul style="list-style-type: none"> - Respect du délai d'acheminement 		<ul style="list-style-type: none"> - Délai d'acheminement dépassé (prélèvement oublié)
	<p>Conditions de transport</p> <ul style="list-style-type: none"> - Respect des conditions de transport (température etc.) - Respect de l'intégrité du prélèvement 	<ul style="list-style-type: none"> - Prélèvement décongelé 	<ul style="list-style-type: none"> - Prélèvement altéré par le transport (ouvert, coup de chaud...)
<p>CONDUITES A TENIR</p> <p>← Logigramme : Gestion des prélèvements non-conformes</p>		<p><input checked="" type="checkbox"/> Régularisation (dans le délai compatible à la réalisation de l'examen)</p> <p>↓</p> <p>ACCEPTATION</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> REFUS et Demande d'un nouveau prélèvement</p>
		<p><input checked="" type="checkbox"/> Non régularisation :</p> <p>↓</p> <p>REFUS</p> <p>Demande d'un nouveau prélèvement</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Urgence ou prélèvement précieux</p> <p>↓</p> <p>DEROGATION (par le biologiste)</p> <p>↓</p> <p>ACCEPTATION</p>

☛ Signaler l'urgence

- **Sur les documents** : ordonnance, feuille de prescription externe, fiches de renseignements, etc.
→ pour alerter le secrétariat
- **Sur le prélèvement** : rond au feutre indélébile sur le bouchon
→ pour alerter la technique
- **Utiliser les sachets de transport rouge « Urgent »** → pour une prise en charge rapide

URGENT

IDENTIFICATION DU PATIENT			
Nom de naissance :		Nom marital :	
Prénoms :		Sexe : <input type="checkbox"/> féminin <input type="checkbox"/> Masculin	
Date de naissance :		Identification INS : joindre une copie de la carte d'identité*	
<small>*CNI obligatoire pour les examens d'Immunohématologie : Coombs, Groupe sanguin, RAI etc.</small>			
RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS			
Adresse		N° Rés. Bat. Rue :	
		Code postal :	
		Commune/ville/Pays :	
Tél. portable : 06		Tél. fixe :	E. Mail :



Par le laboratoire

- Examens traités en urgence ➔ liste dans le Manuel de Prélèvement
- **Enregistrement du dossier** du patient avec la mention « Urgent »
- **Sur le plateau technique** : prise en charge et réalisation des examens **en priorité**
- **Résultat** : Diffusion **immédiate** du résultat dès validation par le biologiste

TRAITEMENT DES URGENCES

URGENCE MENTIONNEE

- Sur l'ordonnance
- Par le prescripteur ou l'IDE

ETAT DU PATIENT

- Urgence vitale
- Fébrilité - Signes cliniques

EXAMENS URGENTS

- ➔ Liste des examens urgents
Page 21

TRAITEMENT PRE-ANALYTIQUE URGENT

- Dossier informatique enregistré avec la mention "URGENT"
- Prélèvement signalé "URGENT"
- Traitements préanalytiques effectués en priorité



TRAITEMENT ANALYTIQUE URGENT

- Prélèvements analysés en priorité
- *Prise en charge prioritaire par les automates*
- Signalement des résultats pathologiques par le technicien



TRAITEMENT POST-ANALYTIQUE URGENT

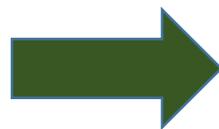
- Sélection des dossiers avec la mention "URGENT"
- Validation prioritaire par le biologiste des dossiers urgents et des résultats pathologiques



TRANSMISSION IMMEDIATE des résultats



Le laboratoire applique le 1/3 payant et la part Mutuelle dans les conditions suivantes :



- Carte vitale ou attestation **à jour**
- Carte de mutuelle ou attestation **à jour**
- Ordonnance valide (**< 1 an**)
- Coordonnées administratives du patient à jour (adresse, téléphone)

Examens transmis à un laboratoire sous-traitant

Faire signer le document RVC-ENR002 :

- **Autorisation** du patient à transmettre des données confidentielles à un laboratoire sous-traitant
- **Engagement** du patient à régler le montant des honoraires

• Identification du patient

Nom :

Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Sexe : H F

Tel :

Etiquette ou n° de dossier

Pour les patients mineurs ou sous tutelle
Nom/Prénom du tuteur légal :

• Objet (Cochez) :

Demande d'examens supplémentaires par rapport à une ordonnance existante

Demande d'examens sans ordonnance

Accord et visa du biologiste obligatoire

Accord pour la réalisation d'examens hors nomenclature

Accord pour l'expédition d'examens à un laboratoire spécialisé

(Comportant la transmission de données confidentielles me concernant)

Accord pour la diffusion de mes résultats à la commission médicale de la Préfecture

Refus d'examens prescrits (à préciser) :

Visa du biologiste :

• Liste des examens faisant l'objet de la demande :

Nom des examens	Laboratoire exécutant	Détail du Tarif pour examens HN

Médecin à contacter si besoin (obligatoire) :

• En signant ce document, je reconnais avoir été informé :

- Des conditions de prélèvement
- Du lieu de réalisation de ces examens
- Du délai et des modalités de remise des résultats
- Du montant à payer (Hors nomenclature non pris en charge par la sécurité sociale)

Je m'engage à en régler au laboratoire Synergibio ou au laboratoire qui les aura réalisés le montant indiqué et les éventuels suppléments (sur justificatif).

Fait à

Le

Nom, prénom, signature :

Examens facturés au patient et **HORS NOMENCLATURE**

Faire signer le document RVC-ENR002 :

- **Autorisation du patient** à réaliser des examens HN (payants)
- **Engagement du patient** à régler le montant des honoraires

Les prix des examens sont consultables dans le Manuel de prélèvement Synergibio en ligne et le Catalogue Cerba en ligne (pour les examens sous-traités)

 Synergibio Laboratoire de biologie médicale	LBM SYNERGIBIO multi-sites 2, rue de la République 97100 BASSE-TERRE	DEMANDE ORALE EXAMEN HORS NOMENCLATURE EXAMENS TRANSMIS	Ref : RVC-ENR002 v01 Version : 01 Applicable le : 11-09-2020 
	Etiquette ou n° de dossier		

• Identification du patient

Nom :

Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Sexe : H F

Tel :

Pour les patients mineurs ou sous tutelle
Nom/Prénom du tuteur légal :

• Objet (Cochez) :

- Demande d'examens supplémentaires par rapport à une ordonnance existante
- Demande d'examens sans ordonnance
- Accord et visa du biologiste obligatoire**
- Visa du biologiste :

- Accord pour la réalisation d'examens hors nomenclature**
- Accord pour l'expédition d'examens à un laboratoire spécialisé
(Comportant la transmission de données confidentielles me concernant)
- Accord pour la diffusion de mes résultats à la commission médicale de la Préfecture
- Refus d'examens prescrits (à préciser) :

• Liste des examens faisant l'objet de la demande :

Nom des examens	Laboratoire exécutant	Détail du Tarif pour examens HN

Médecin à contacter *si besoin (obligatoire)* :

• En signant ce document, je reconnais avoir été informé :

- Des conditions de prélèvement
- Du lieu de réalisation de ces examens
- Du délai et des modalités de remise des résultats
- Du montant à payer (Hors nomenclature non pris en charge par la sécurité sociale)

Je m'engage à en régler au laboratoire Synergibio ou au laboratoire qui les aura réalisés le montant indiqué et les éventuels suppléments (sur justificatif).

Fait à.....

Nom, prénom, signature :

Le



Laboratoire SYNERGIBIO

PHASE POST-ANALYTIQUE – RESULTATS DES EXAMENS

- Délai de rendu des résultats
- Diffusion des résultats et récupération

Manuel de Prélèvement du laboratoire



Examens traités en routine

Spécialité	Exemple d'Examens (liste non exhaustive)	Délai
Allergie	IgE totales	J1
	IgE spécifiques (<i>Examens sous-traités</i>)	J3
Immunologie	IgA - IgG - IgM - C3 - C4	J4
	LATEX - Waaler Rose - ASLO - ASD - APO A - APO B	J4
	ATPO - Ac antithyroglobuline - Ac anti-peptides citrullinés cycliques	J3
	Ac anti-récepteur de la thyroïdostimuline (TRAK)	J3
Biochimie (sang et urines)	Bilirubine - Calcium - Chlore - CRP - CPK - Créatinine - Cortisol - Glycémie - Ionogramme - Cholestérol (total, HDL, LDL) - Créatinine - GGT - Fer sérique, HDL, Lipase, Lithium, Magnésium, phosphore, potassium, réserve alcaline, sodium, urée...	J0/J1
	Marqueurs cardiaques : D-Dimères - NT-Pro-BNP - Troponine	J0
	Albumine - Pré albumine	J1
	Bilan thyroïdien : T3L - T4L - TSH	J1
	Marqueurs tumoraux : ACE - AFP - CA125 - CA19.9 - CA15.3 - PSA libre	J1
	Stupéfiants (amphétamine, cocaïnes, opiacées etc.) <i>Examens sous-traités</i>	J5
	HbA1C - Ferritine - Vitamines D, B12	J2
	Electrophorèses des protéides - Immunotypage	J5
	Electrophorèses des hémoglobines	J4

Délai par spécialité

Examens traités en urgence

Sous-familles	Examens	Délai de rendu ES*	Délai de rendu patientèle directe
Hématologie	Numération Hémogramme	< 4h	< 6h
Hémostase	TP/INR/TCA Fibrinogène D-Dimères	< 4h	< 6h
Immuno-hématologie	Groupe sanguin phénotype Recherche des Agglutinines irrégulières	< 4h	< 6h
Biochimie	Ionogramme (sodium, potassium, chlore, CO2T, protéides), Glucose, urée, créatinine, calcium, lipase. Protéine C réactive (CRP) Troponine, NT-proBNP	< 4h	< 6h
	βhCG (suspicion de grossesse extra-utérine)	< 6h	
Microbiologie	Examen cyto bactériologique du LCR	< 6h pour la cytologie	< 6h
	Recherche du paludisme sur lame	< 4h	< 6h
	ECBU si enfant <3 ans ou femme en maternité ou suspicion de pyélonéphrite	Le plus rapidement possible et en < 6h pour la cytologie	
Sérologie	Sérologie VIH pour l'indication d'AES	< 6h	

NB : Pour les ES, la liste des examens urgents est fixée après avis de la commission médicale d'établissement ou de la conférence médicale.

Elle est, éventuellement, annexée à la convention de collaboration entre l'ES et le LBM

Délai de rendu des résultats

👉 Manuel de prélèvement en ligne synergibio.manuelprelevement.fr

EXAMEN

Nom d'examen	CRP US - CRP ULTRASENSIBLE	
Facturation	Code acte : 1804	
	Cotation	Tarification
	B 8 - Code acte : 1804	2,48 €
	Total	2,48 €
Code SIL	CRP	
Spécialité	BIOCHIMIE SANG	
Laboratoire / Site exécutant	LABORATOIRE SYNERGIBIO	
Fréquence de réalisation	Quotidien	
Principales indications	Dosage intervenant dans la détection et l'évaluation des infections, des lésions tissulaires, des atteintes inflammatoires et des maladies connexes.	

PRE-ANALYTIQUE

Préconisations pour le patient	Absence de préconisations	
Type d'échantillon - Indications sur le prélèvement	Sérum (plasma)	
Quantité minimale	1 tube de 5 ml Peut-être couplé avec d'autres examens de biochimie et d'immunologie	
Récipient (tube - flacon - Kit de prélèvement)	🟡 x1	Sec avec gel
Récipient dérogatoire	🟢 x1	Héparine

CONSERVATION & TRANSPORT

Transport au laboratoire	24h à température ambiante (15 - 25°C)
Stabilité de l'analyte avant analyse	Avant et après centrifugation
	24h à 15-25°C
	24h à 2-8°C

POST-ANALYTIQUE

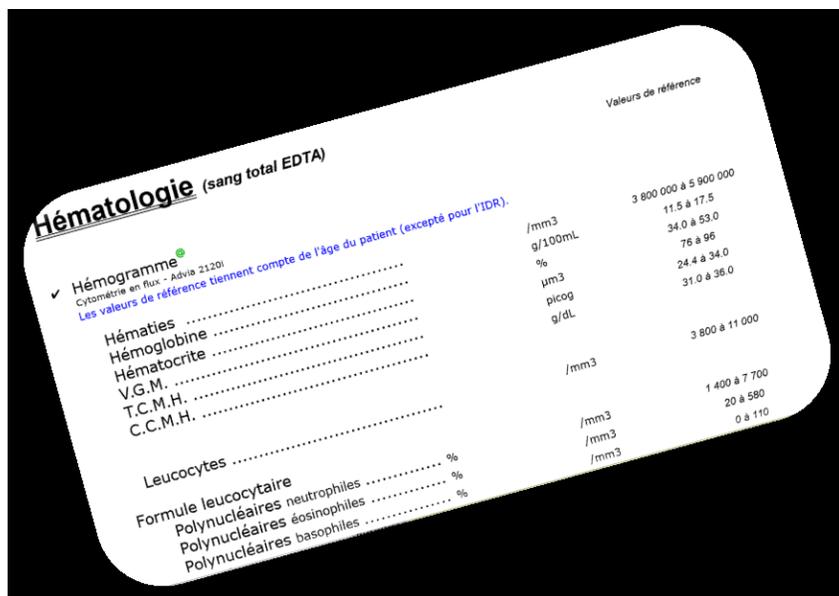
Délai de remise du résultat J0 à J+1

Conditions de conservation après analyse (Délai d'ajout) 24h à 2-8°C

Délai par examen

A qui et comment ?

A préciser sur la Feuille de prescription externe



 LBM SYNERGIBIO multisites 2, rue de la République 97100 BASSE-TERRE	Feuille de prescription externe	Ref : GEN-PRE-ENR002 v05 Version : 05 Applicable le : 15-04-2023	<i>Etiquette</i> <i>Dossier administratif</i>
			

URGENT

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom de naissance :	Nom marital :
Prénoms :	Sexe : <input type="checkbox"/> féminin <input type="checkbox"/> Masculin
Date de naissance :	Identification INS : joindre une copie de la carte d'identité* <small>*CNI obligatoire pour les examens d'Immunohématologie : Coombs, Groupe sanguin, RAI etc.</small>

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Adresse	N° Rés. Bat. Rue :	Code postal :	Commune/ville/Pays :
Tél. portable : 06	Tel. fixe :	E. Mail :	

PRISE EN CHARGE – TIERS PAYANT

RENOUVELLEMENT ORDO

Documents joints : <input type="checkbox"/> Ordonnance <input type="checkbox"/> Attestation de SS <input type="checkbox"/> Carte vitale <input type="checkbox"/> Attestation de mutuelle <input type="checkbox"/> Doc. Identité (CNI etc.)	<input type="checkbox"/> Autres doc. :
Numéro Caisse SS : N°SS : Nom Mutuelle : Réf. mutuelle :	

PRESCRIPTEUR

Nom :	
Prénom :	
Tél :	
Fax :	
RESULTAT	<input type="checkbox"/> au patient <input type="checkbox"/> au Médecin <input type="checkbox"/> à l'IDE * <input type="checkbox"/> à faxer <input type="checkbox"/> à Poster <input type="checkbox"/>
	* J'autorise le préleveur à récupérer mon résultat Signature :

PRELEVEUR

Nom :	
Prénom :	
Tél :	
Portable :	
<input type="checkbox"/> Infirmier <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Sage-femme <input type="checkbox"/> Biologiste <input type="checkbox"/> Technicien <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :	

Diffusion au patient :

- **Par internet : serveur de résultats monlabo.mesanalyses.fr**

Réclamer les identifiants d'accès au secrétariat (Id. non transmis par téléphone)

- **Par courrier postal**

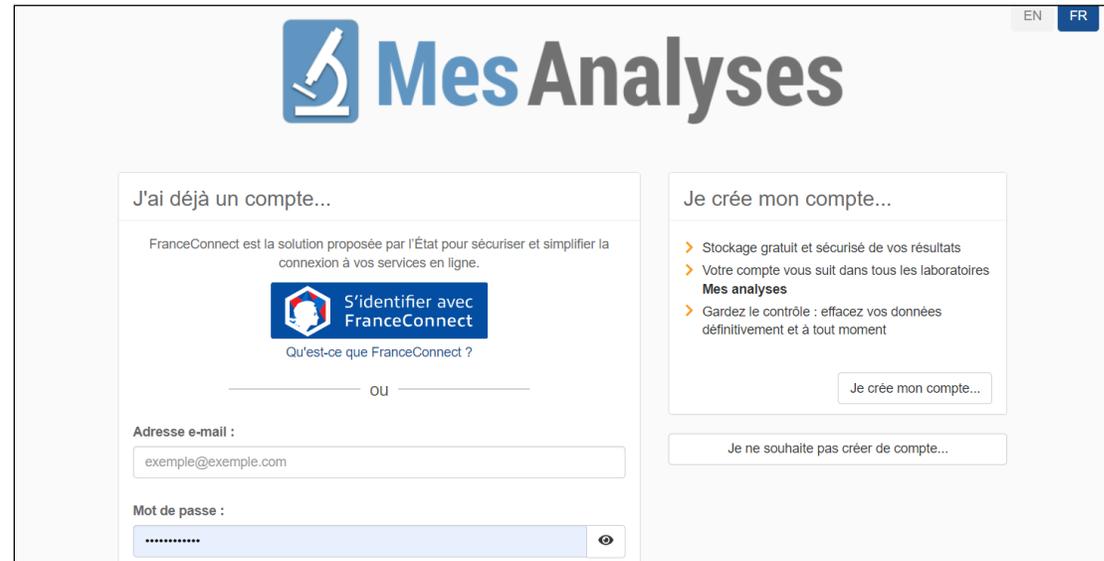
Si coché : « à poster » sur la FPE

- **Par l'intermédiaire de l'IDEL ou l'ES**

Pour les IDEL : Autorisation du patient à récupérer ses résultats à faire signer

- **Par téléphone : communication des INR uniquement**

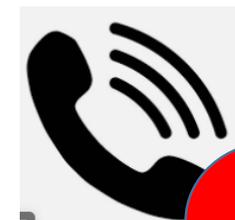
- **Sur le DMP ou MS SANTE pour les patients avec identification INS**



The screenshot shows the 'Mes Analyses' website interface. At the top right, there are language selection buttons for 'EN' and 'FR'. The main heading is 'Mes Analyses' with a microscope icon. Below the heading, there are two main sections: 'J'ai déjà un compte...' and 'Je crée mon compte...'. The 'J'ai déjà un compte...' section includes a text box for 'FranceConnect est la solution proposée par l'État pour sécuriser et simplifier la connexion à vos services en ligne.', a 'S'identifier avec FranceConnect' button, and a link 'Qu'est-ce que FranceConnect?'. Below this is an 'ou' separator. The 'Je crée mon compte...' section lists three benefits: 'Stockage gratuit et sécurisé de vos résultats', 'Votre compte vous suit dans tous les laboratoires Mes analyses', and 'Gardez le contrôle : effacez vos données définitivement et à tout moment'. It includes a 'Je crée mon compte...' button and a 'Je ne souhaite pas créer de compte...' button. At the bottom, there are input fields for 'Adresse e-mail' (with 'exemple@exemple.com' as a placeholder) and 'Mot de passe' (with a masked password '.....').

Durée de disponibilité des résultats sur internet

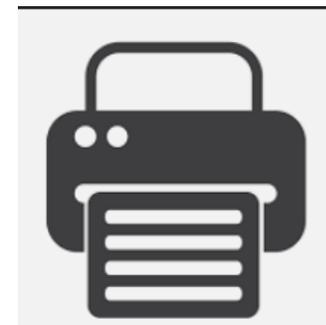
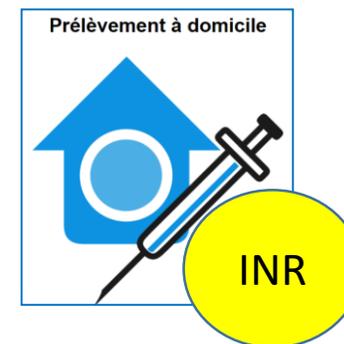
- Sans création de compte : 30 jours
- Avec création de compte : 2 ans



INR

Diffusion aux professionnels de santé (prescripteur, IDEL)

- Résultat téléphoné si urgence vitale
- Pour les IDEL : les INR sont diffusés sur le PAD
- Par fax
- Sur appel téléphonique du professionnel de santé
- Sur les plateformes sécurisées de diffusion de résultats (si convention avec le laboratoire) : Bioserveur, Apicrypt, MS Santé...
- Par H' avec les ES connectés au SIL



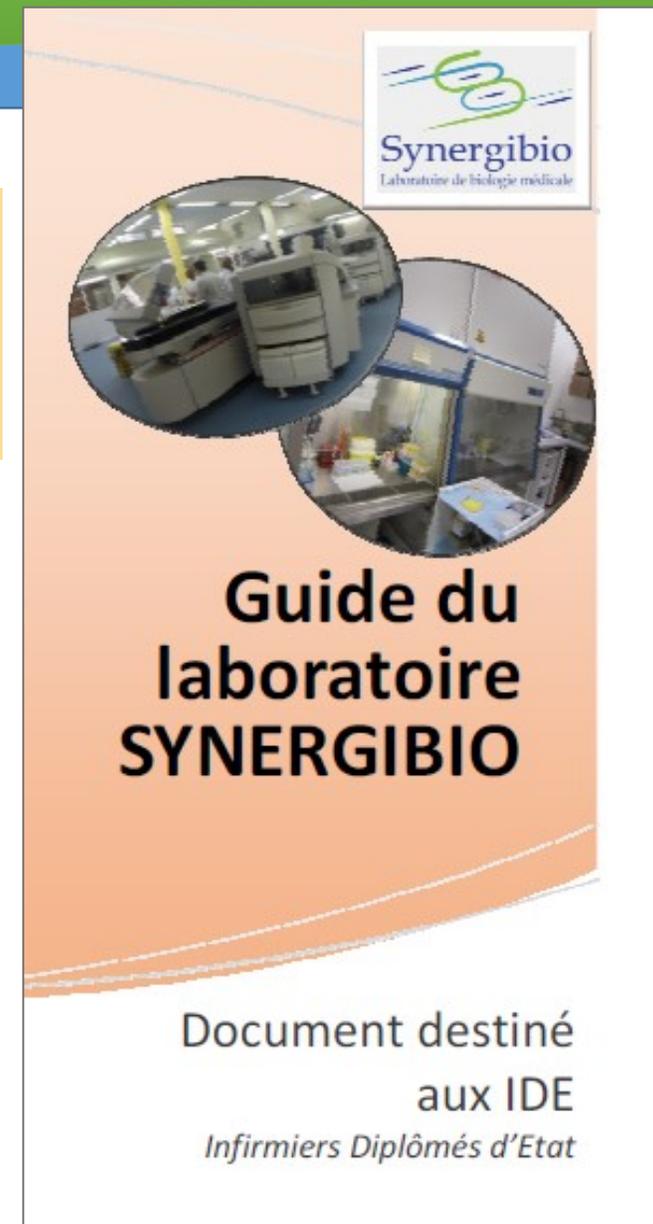
Inscription à BioServeur : remplir le formulaire en ligne ➤



Laboratoire SYNERGIBIO

- **Accueil d'un nouvel IDE**
- **Documents et Matériel fournis par le laboratoire Synergibio**

- Modalités d'Accueil d'un IDE ➔
Guide laboratoire Synergibio



- Pour collaborer avec le laboratoire
☛ « Convention avec les préleveurs externe » signée entre les 2 parties



Entre les soussignés :

Le laboratoire de Biologie Médicale SYNERGIBIO, site XXXXX :

Adresse

Représenté par,

XXXX, Biologiste responsable du laboratoire

d'une part,

Et le professionnel de santé

Nom – Prénom :

Adresse :

Téléphone portable :

E-mail sécurisé, messagerie MMS :

N° ADELI :

N° RPPS : . . .

Et le cabinet infirmier

Nom – Prénom :

Adresse :

Téléphone fixe :

Téléphone portable :

E-mail sécurisé, messagerie MMS :

Demande de Convention

➔ Remplir le formulaire en ligne

Scanner le QR code



Formulaire de Demande de convention Préleveurs externes

qualite.synergibio@gmail.com [Changer de compte](#)



* Indique une question obligatoire

Section sans titre

Votre nom *

Votre réponse

Votre prénom *

Votre réponse

Adresse du cabinet (Bâtiment, rue, code postal, commune) *

Votre réponse

- Pour collaborer avec le laboratoire ➡
« Convention avec les préleveurs
externe » signée entre les 2 parties



Entre les soussignés :

Le laboratoire de Biologie Médicale SYNERGIBIO, site XXXXX :

Adresse

Représenté par,

XXXXX, Biologiste responsable du laboratoire

d'une part,

Et le professionnel de santé

Nom – Prénom :

Adresse :

Téléphone portable :

E-mail sécurisé, messagerie MMS :

N° ADELI :

N° RPPS : . . .

Et le cabinet infirmier

Nom – Prénom :

Adresse :

Téléphone fixe :

Téléphone portable :

E-mail sécurisé, messagerie MMS :

Demande de Convention
➔ Remplir le formulaire en ligne
Scanner le QR code



Formulaire de Demande de convention Préleveurs externes

qualite.synergibio@gmail.com [Changer de compte](#)



* Indique une question obligatoire

Section sans titre

Votre nom *

Votre réponse

Votre prénom *

Votre réponse

Adresse du cabinet (Bâtiment, rue, code postal, commune) *

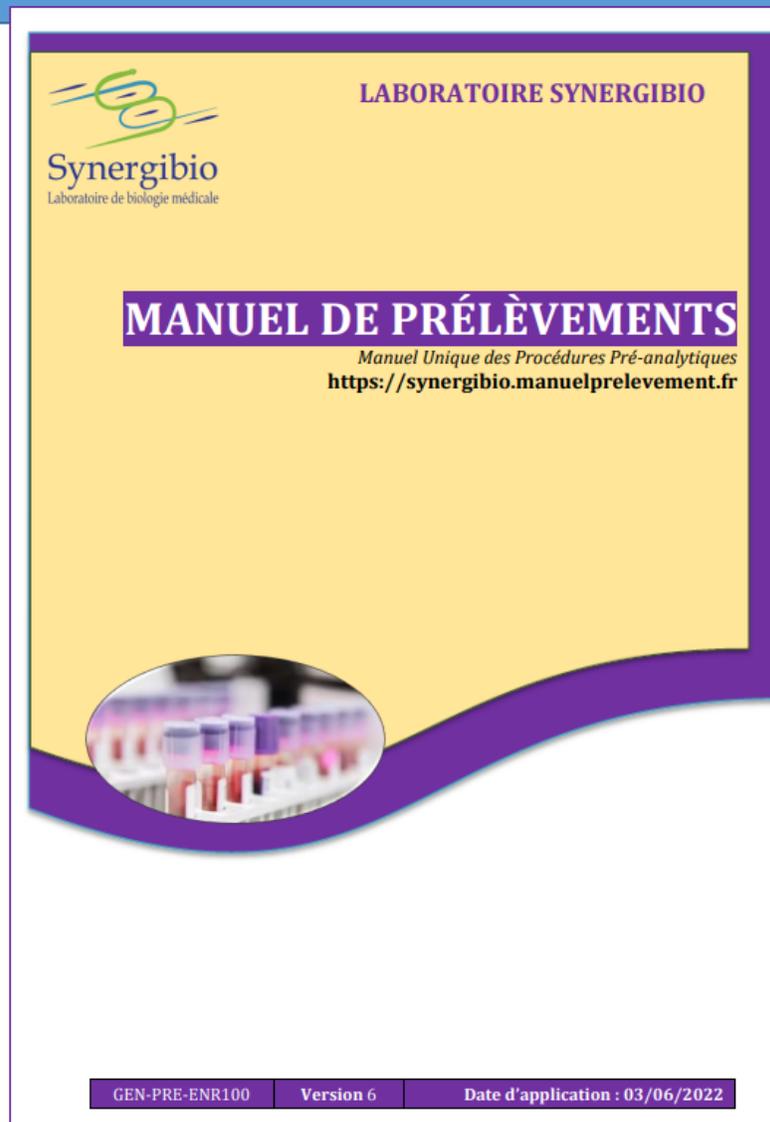
Votre réponse

Documents d'informations sur les prélèvements

- ☛ Manuel de Prélèvement
- ☛ Brochures
- ☛ Fiches de préconisation

Formulaires de travail

- ☛ Feuille de prescription externe (FPE)
- ☛ Fiches de renseignements cliniques



Téléchargez ce document

Choix des tubes Ordre des prélèvements



Sites de la Grande-Terre

- Site Anabio (Abymes) – 0590 82 20 15
- Site Assainissement (Pointe-à-Pitre) – 0590 82 53 05
- Site Grand-Camp (Abymes) – 0590 21 02 28
- Site Gosier – 0590 84 04 16
- Site Marti (Pointe-à-Pitre) - 0590 91 29 00
- Site Morne-à-L'Eau – 0590 24 41 09
- Site Saint-François – 0590 88 59 84

Sites de la Basse-Terre

- Site Capesterre – 0590 86 46 30
- Site Colin (Petit-Bourg) - 0590 82 10 08
- Site C. Colomb (Basse-Terre) - 0590 81 46 60
- Site Jarry (Baie-Mahault) - 0590 38 35 45
- Site République (Basse-Terre) - 0590 81 08 24

Site de Saint-Martin

- Site Saint-Martin⁽¹⁾ - 0590 54 04 54

Sites Pré/Post analytiques

Sites Pré/Post et Plateaux techniques de Biologie Générale
Site Pré/Post et Plateau technique spécialisé : T21 et Biologie de la reproduction

Utiliser le « Formulaire de Demandes de matériel de prélèvement »

Matériel de prélèvement

- Récipients primaires : tubes, flacons
- Emballage secondaire : sachets de transport kangourou
- Matériel pour prélever : corps de pompe etc.



LBM SYNERGIBIO multisites
2, rue de la République
97100 BASSE-TERRE

Formulaire de demande de matériels de prélèvement par les préleveurs externes

Ref : GEN-PRE-ENR012 v03
Version : 03
Applicable le : 17-11-2020



<i>Identification du Préleveur</i>	☎ :	Date de la commande :
Nom :	☎ :	Visa (signature) :
Prénom :	☎ :	

Désignation	Quantités		Péréemption
	Souhaitées	Fournies*	
Tubes secs à gel (jaune)			
Tubes ACTH (tube rose) – à réclamer à l'avance			
Tubes citratés (bleu)			
Tubes EDTA (violet)			
Tube EDTA à gel (violet clair)			
Tubes Fluorés (gris)			
Tubes à Héparinate de Lithium (vert foncé – vert clair)			
Tubes boratés (vert kaki) - (Transfert des urines ECBU)			
Ecouvillons avec Milieu de transport			
Pots de Coprologie			
Pots pour ECBU			
Pots pour Urines des 24h			
Sachets de transport transparents			
Sachets de transport rouges (urgent)			
Formulaires :			
<input type="checkbox"/> Feuilles de prescription externes <input type="checkbox"/> Fiches de renseignements cliniques BACTERIOLOGIE <input type="checkbox"/> Fiche de renseignements cliniques COPROLOGIE – PARASITOLOGIE <input type="checkbox"/> Fiche de renseignements cliniques MYCOLOGIE			
DIVERS (précisez) :			

*Les quantités de matériels fournis dépendent du stock du laboratoire

Bon de commande transmis le :

Déposé au laboratoire
 Par Fax
 autre :

Partie réservée au laboratoire SYNERGIBIO

Réception

Site : _____

Bon de Commande reçu le : _____

Visa : _____

Traitement de la commande	Livraison du Matériel
Date : _____	Date : _____
Visa : _____	Visa du coursier : _____



Laboratoire SYNERGIBIO

Le Manuel de Prélèvement en Ligne PRESENTATION

BIENVENUE SUR LE MANUEL DE PRELEVEMENT DU LABORATOIRE DE BIOLOGIE MEDICALE SYNERGIBIO

ACCÉDEZ A NOTRE GUIDE DES EXAMENS ET NOS RECOMMANDATIONS DE PRELEVEMENTS

[Voir la présentation](#)



Quel examen recherchez-vous ?

[+ Recherche avancée](#)

[Rechercher](#)

[Accueil](#)

[Présentation](#)

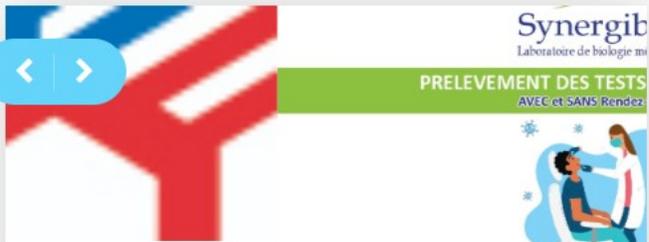
[Examens](#)

[Les laboratoires
SYNERGIBIO](#)

[Actualités](#)

[Documents](#)

VISKALI ACC



-2022

[ACTUALITÉS](#)

TESTS PCR COVID19 - 04-07-20

[DOCUMENTS](#)

INFORMATIONS PRELEVEMENTS

Protocoles de recueil des prélèvements pour le patient

Fiches devant accompagner les prélèvements

Formulaires relatifs à la Protection des Données du Patient

Formulaires - Bons de demande pour les IDEL et les ES

[MISE À JOUR](#)

[Tout afficher](#)

22/03/2023

LIPASE

Recherche par types de documents

 Quel document recherchez-vous ?

- INFORMATIONS PRELEVEMENTS
- Protocoles de recueil des prélèvements pour le patient
- Fiches devant accompagner les prélèvements
- Formulaires relatifs à la Protection des Données du Patient
- Formulaires - Bons de demande pour les IDEL et les ES
- DOCUMENTS DU CENTRE PRIVE D'AMP DE GUADELOUPE

Recherche par mots clefs

 fiche

Documents trouvés

-  Fiche de renseignements COVID-19
-  Fiche de renseignements COVID - English model
-  Fiche de renseignements : BACTERIOLOGIE
-  Fiche de renseignements : MYCOLOGIE
-  Fiche de renseignements cliniques : PARASITOLOGIE DES SELLES - COPROCULTURES
-  Fiche de demande d'examens formulée oralement, hors nomenclature ou transmis
-  Fiche de renseignements Trisomie 21
-  Fiche de Transmission de prélèvement T21 (au laboratoire Synergibio-Anabio)

Retour Liste des examens Connexion

Quel examen recherchez-vous ? + Recherche avancée Rechercher

283 Examens trouvés 1 2 3 4 5 > >>

ACIDE URIQUE URINAIRE URICURIE AUU	4H Uri		
ACTH - Plasma EDTA Aprotinine ADRENO-CORTICOTROPIC HORMONE, CORTICOSTIMULINE, CORTICOTROPHINE		N	
AFP ALPHA FOETO PROTEINE AFP	Ser		

Détail d'une fiche Examen (ex. TP/INR)

Température ambiante - Ne pas réfrigérer ou congeler



EXAMEN

Nom d'examen	TP/INR - TAUX DE PROTHOMBINE AVEC TRAITEMENT AVK	
Facturation	Code acte : 0127	
	Cotation	Tarifification
	B 20 - Code acte : 0127	6,2 €
	Total	6,2 €
Code SIL	TP	
Spécialité	HEMOSTASE	
Laboratoire / Site exécutant	LABORATOIRE SYNERGIBIO	
Fréquence de réalisation	Quotidien	
Principales indications	Vérifier l'efficacité d'un traitement anticoagulant administré par voie orale (antivitamines K). Interférences médicamenteuses : - Interférence à l'oritavancine (Thromborel® S OUHPG29E21 Rev. 09 - FR 2016-04) - De nombreux médicaments sont susceptibles d'interférer dans le métabolisme des AVK et de potentialiser ou réduire l'effet anticoagulant des AVK (se référer au dictionnaire Vidal) ; ces interférences peuvent conduire à des variations de l'INR. - Antithrombines type hirudine, antithrombotiques (mélagatran / ximélagatran) : Abaissement	
Interférences connues	Interférences alimentaires : Choux, choux-fleurs, brocolis, foie de porc, volaille, alcool, et vin : A éviter pendant le traitement Autres : - Déficit constitutionnel ou acquis en facteurs II, V, VII, X et/ou en fibrinogène - Insuffisance hépato-cellulaire ou de CIVD (coagulation intra-vasculaire disséminée) - Carence en vitamine K	

PRE-ANALYTIQUE

Préconisations pour le patient	Absence de préconisation
Renseignements à préciser	- Nom de l'anticoagulant - Posologie - Date et heure de la dernière prise ou injection
Type d'échantillon - Indications sur le prélèvement	Plasma citraté 1 tube de 5ml
Quantité minimale	Respecter le trait de jauge Peut être associé à d'autres examens d'Hémostase
Récipient (tube - flacon - Kit de prélèvement)	x1 Citrate

CONSERVATION & TRANSPORT

	24h à température ambiante (15-25°C) (Sans facteurs de la coagulation) Ne pas mettre réfrigérer Ne pas congeler
Transport au laboratoire	Ne pas conserver sur de la glace ni entre 2 à 8 °C car l'activation du facteur VII par le froid peut fausser les résultats. Le plasma doit être testé dans les 24 heures suivant le prélèvement sanguin. Ne pas conserver les échantillons à 37 °C pendant plus de cinq minutes. Si le patient suit un traitement anticoagulant par héparine et coumarine, les résultats peuvent varier en fonction de la durée de conservation. Recommandations GEHT 2017 Plasma ou sang total - 24h à 15-25°C - 4h à 2-8°C - 2h à <-20°C (Sans dosage des facteurs de la coagulation)
Stabilité de l'analyte avant analyse	Ne pas conserver sur de la glace ni entre 2 à 8 °C car l'activation du facteur VII par le froid peut fausser les résultats. Le plasma doit être testé dans les 24 heures suivant le prélèvement sanguin. Ne pas conserver les échantillons à 37 °C pendant plus de cinq minutes. Si le patient suit un traitement anticoagulant par héparine et coumarine, les résultats peuvent varier en fonction de la durée de conservation.

ANALYTIQUE

Interférences analytiques	Hémolyse Lactescence
Examens complémentaires	TCA, Fibrinogène, Facteurs de la coagulation, ACT, Prothrombin Consumption Time (PCT)

POST-ANALYTIQUE

Délai de remise du résultat	J0
Conditions de conservation après analyse (Délai d'ajout)	24h (non réfrigéré)

**Le laboratoire Synergibio
vous remercie
pour votre attention**

Les outils de Communication



Instagram



LABORATOIRES_SYNERGIBIO

LinkedIn

