

# ATELIER PRE ANALYTIQUE AU LABORATOIRE

Laboratoire Inter hospitalier de Biologie Médicale

Centres Hospitaliers  
*Saint-Malo, Dinan, Cancale*



Groupement Hospitalier  
**Rance-Emeraude**

*Ensemble, pour votre Santé*

Objectifs : Atelier à l'attention des personnels des services prescripteurs : rappels des modalités de prélèvement, sources d'information mises à disposition par le laboratoire, manipulation de matériels et visite du laboratoire.

CHT-S-RH-ENR-43-49 Atelier pré analytique au laboratoire  
Rédigé par : B GENDRON, G TOI le : 15/10/2020  
Validé par : Dr F GOURMELEN le : 16/10/2020

# Processus pré-analytique : Définition

**Processus qui s'écoule entre prescription et analyse :**

1. préparation du patient et du matériel
2. acte de recueil d'un échantillon représentatif,
3. conservation , transport

**Deux étapes** : externe au laboratoire et interne au laboratoire.

**Au risque d'induire une erreur ou un retard diagnostique et/ou thérapeutique :**

- L'identité doit être vérifiée
- Les renseignements cliniques doivent être saisis (par ex : notion d'urgence, traitement en cours...)
- Les conditions de prélèvement et de transport des échantillons jusqu'au laboratoire doivent être respectés afin de ne pas fausser les résultats d'analyses.



Cocher **impérativement** le jour, le mois l'heure et les minutes de prélèvement (pour le délai d'acheminement)

Noter les renseignements cliniques

Noter le préleveur et le prescripteur ainsi que le numéro de téléphone du prescripteur

Coller l'étiquette patient code-barres à l'emplacement prévu

1. Cocher les analyses avec un stylo noir ou bleu dans les cases.
2. Ne pas écrire sur les bords du bon (lignes pointillées noires) et le code barre
3. Si erreur de coche:
  - NE PAS RATURER
  - Utiliser une souris blanco

**LABORATOIRE INTERHOSPITALIER RANCE-EMERAUDE GCS T6 Santé-Bretagne**  
**HEMATOLOGIE - BIOCHIMIE - SEROLOGIE (RECTO)**

Légendes : Examens réalisés sur site    Examens réalisés sur le site de Saint-Malo    Examens réalisés sur le site de Dinan    SH3 Avril 2019

**JOURS** 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18  
19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31

**MOIS** 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

**HEURES** 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12  
13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23

**MINUTES** 0 5 10 15  
20 25 30 35  
40 45 50 55

**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES OBLIGATOIRES**

Prescripteur : \_\_\_\_\_ N° de poste : \_\_\_\_\_ Préleveur : \_\_\_\_\_

Réserv Labo  O  N

**BILAN URGENT**

**IMMUNO-HEMATOLOGIE (sang)**

GRHP  Groupe 1ère diluer.  Recherche d'anticorps anti-O résiduels  
 GRHP  Groupe 2ème diluer.  Recherche d'anticorps irréguliers (RAI)  
 RAI  Recherche d'anticorps irréguliers (RAI)  
 CM  Epreuve de compatibilité (Cross Match)  
 Pour toute demande de Cross Match, contact avec le dépôt de sang

Date de dernière transfusion : \_\_\_\_\_ RAI - : \_\_\_\_\_ RAI + : \_\_\_\_\_

**HEMATOLOGIE (sang)**

NLM  Numération sanguine  
 NFS  Numération et formule sanguine  
 RETI  Réticulocytes

PLACI  Contrôle plaquettes sur citrate  
 SICHZ  Recherche de schizocytes  
 RLES  Rech. hématies fœtales (Kleihauer)  
 VS  Vitesse de sédimentation (glaque)  
 PALU  Recherche de paludisme

**CYTOLOGIE SPECIALISEE**

HSPC  Paramètres hématologiques spécialisés  
 DACYT  Examen cytologique du frottis sanguin. Motif : \_\_\_\_\_  
 MYELO  Myélogramme  
 ADEN  Cytosponction ganglionnaire  
 CYTLB  Liquide biologique (recherche de cellules anormales) Nature : \_\_\_\_\_  
 Autres : \_\_\_\_\_

**HEMOSTASE (sang)**

**TRAITEMENT ANTICOAGULANT**  
 Renseigner systématiquement date, heure et dose de prise

Absence de traitement  
 AVK (Previscan, Coumadine...)  
 HNF (Héparine, Calciparine)  
 HBPM (jovenok, innohep...)  
 Réal/ héparine-AVK  
 Gabigran - PRADAXA  
 Rivaroxaban - XARELTO  
 Eliquis - ARIXABAN  
 Amis AVK le : \_\_\_\_\_  
 Autres : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_ Dose : \_\_\_\_\_  
 Nom du traitement : \_\_\_\_\_

TP  TP, INR  
 COAG  TP INR + TCA (bilan pré-op)  
 TCA  TCA  
 FIB  Fibrinogène  
 FS  Facteur V  
 DOR  D-Dimères  PDF  PDF  
 Act. anti-Xa  HBPM  HNF  
 TCAC  Contrôle TCA allongé  
 Autres : \_\_\_\_\_

**HEMOSTASE SPECIALISEE (sang)**

DABIG  Dosage du Dabigatran (Pradaxa)  
 RIVAR  Dosage du Rivaroxaban (Xarelto)  
 AFXA  Dosage d'Apixaban (Eliquis)  
 ACC  Rech. d'anticoagulant circulant (SAPL)  
 AT3  Antithrombine (AT3)  
 PRSCX  Protéine C / Protéine S  
 RPCAL  Résistance à la protéine C activée  
 HIT  Ac anti FP4 (suspicion de TH)  
 Facteurs de coagulation autre que PV  
 Préciser : \_\_\_\_\_

Raison de la demande à renseigner obligatoirement dans la zone renseignement clinique du bon

**RESERVE AU LABORATOIRE**

1S  NC GP    1S  Non conf.    A  NC res cyto/     Conf. bon/tub  
 2S  NC GP    2S  Non conf.     Tube NFS péd.     NC dateheur  
 TUB  Tube en + GP    TUB  Tube en +     Tube CTAD     NC dateheur / dose/hom  
 TUB  Tube en +    TUB  Tube en +    TUB  Tube en +    TUB  Tube en +

Tournée 1 2 3 4 5

Etiquette Patient    UF    Réservé LABO

# Hématologie

- Cocher Urgent en précisant le motif pour les groupes sanguins et RAI (bloc, transfusion...)
- Renseigner la date des dernières RAI ainsi que la date de la dernière transfusion
- Cocher si présence ou non de traitement anticoagulant et préciser la posologie

IMMUNO-HEMATOLOGIE (sang)			
<input type="checkbox"/> GRHP <input type="checkbox"/> GRHP <input type="checkbox"/> RAI <input type="checkbox"/> CM	<input type="checkbox"/> Groupe 1ère distér. <input type="checkbox"/> Groupe 2ème distér. <input type="checkbox"/> Recherche d'anticorps irréguliers (RAI) <input type="checkbox"/> Epreuve de compatibilité (Cross match) Pour toute demande de Cross Match, contact avec le dépôt de sang	<input type="checkbox"/> <b>Urgent</b> Motif : ..... Date dernière RAI + : ..... RAI + : .....	<input type="checkbox"/> DRES Recherche d'anticorps anti-D résiduels Date Rhophyact® : ..... Dose : ..... <input type="checkbox"/> GRH Détermination Rhésus (nouveau né) <input type="checkbox"/> CODR <input type="checkbox"/> AGFR Test de Coombs direct (TDIA) <input type="checkbox"/> Agglutinines froides
<input type="checkbox"/> NUM <input type="checkbox"/> NFS <input type="checkbox"/> RETI		<input type="checkbox"/> HEMATOLOGIE (sang) <input type="checkbox"/> Paramètres hématologiques spécialisés <input type="checkbox"/> Examen cytologique du frottis sanguin. Motif : ..... <input type="checkbox"/> MYELO Myélogramme <input type="checkbox"/> ADEN Cytoponction ganglionnaire <input type="checkbox"/> CYTLB Liquide biologique (recherche de cellules anormales) Nature : ..... <input type="checkbox"/> Autres : .....	
<input type="checkbox"/> PLACI <input type="checkbox"/> SCHIZ <input type="checkbox"/> KLES <input type="checkbox"/> VS <input type="checkbox"/> PALU		<input type="checkbox"/> HEMOSTASE (sang) <input type="checkbox"/> Paramètres hématologiques spécialisés <input type="checkbox"/> Examen cytologique du frottis sanguin. Motif : ..... <input type="checkbox"/> MYELO Myélogramme <input type="checkbox"/> ADEN Cytoponction ganglionnaire <input type="checkbox"/> CYTLB Liquide biologique (recherche de cellules anormales) Nature : ..... <input type="checkbox"/> Autres : .....	
<b>TRAITEMENT ANTICOAGULANT</b> Renseigner systématiquement date, heure et dose de prise			
<input type="checkbox"/> Absence de traitement <input type="checkbox"/> AVK (Previscan, Coumadine...) <input type="checkbox"/> HNF (Héparine, Calciparine) <input type="checkbox"/> HBPM (Iovenox, Innohep...) <input type="checkbox"/> Relat héparine-AVK <input type="checkbox"/> Dabigatran - PRADAXA <input type="checkbox"/> Rivaroxaban - XARELTO <input type="checkbox"/> Eliquis - APOXABAN <input type="checkbox"/> Amét AVK le : ..... <input type="checkbox"/> Autres : .....		Date : ..... Heure : ..... Dose : ..... Nom du traitement : ..... Act. anti-Xa <input type="checkbox"/> TP, INR <input type="checkbox"/> TP INR + TCA (bilan pré-op) <input type="checkbox"/> TCA <input type="checkbox"/> Fibrinogène <input type="checkbox"/> Facteur V <input type="checkbox"/> D-Dimères <input type="checkbox"/> PDF <input type="checkbox"/> PDF <input type="checkbox"/> HBPM <input type="checkbox"/> HNF <input type="checkbox"/> TCAC <input type="checkbox"/> Contrôle TCA allongé <input type="checkbox"/> Autres : .....	
<b>HEMOSTASE SPECIALISEE (sang)</b> <input type="checkbox"/> DABIG Dosage du Dabigatran (Pradaxa) <input type="checkbox"/> RIVAR Dosage du Rivaroxaban (Xarelto) <input type="checkbox"/> APOX Dosage Apixaban (Eliquis) <input type="checkbox"/> ACC Rech. d'anticoagulant circulant (SAPL) <input type="checkbox"/> AT3 Antithrombine (AT3) <input type="checkbox"/> PRSCK Protéine C / Protéine S <input type="checkbox"/> RPCAL Résistance à la protéine C activée <input type="checkbox"/> HIT Ac anti FPI4 (suspicion de TIH) <input type="checkbox"/> Facteurs de coagulation autre que FV Préciser : ..... Saison de la demande à renseigner obligatoirement dans la zone renseignement clinique du bon			

# Biochimie

## Urines:

- Ne préciser que le volume des urines de 24h
- Si RPC demandé, cocher protides et créatinine urinaire

## Clairance Cockroft : indiquer le poids du patient et le sexe

## GDS : Indiquer la T° du patient

## Médicament : Renseigner la posologie

## BHCG : date des dernières règles

The form is titled "BIOCHIMIE GENERALE" and includes sections for "SANG", "URINES", "CLAIRANCES", "PHARMACOLOGIE (sang)", "HORMONOLOGIE (sang)", "MARQUEURS (sang)", "TESTS DYNAMIQUES (sang)", "LIQUIDES DE PONCTION", "SEROLOGIE (sang)", and "Toxoplasmosis".

Key features of the form include:

- SANG:** A grid of tests with checkboxes. A red box highlights "Protides" and "Créatinine".
- URINES:** A grid of tests. A red box highlights "Protides" and "Créatinine".
- CLAIRANCES:** Includes "Formule de Cockroft" and "Poids du patient". A blue box highlights "LDH".
- PHARMACOLOGIE (sang):** Includes "Date et heure de dernière prise" and a list of drugs. A pink box highlights the date field.
- HORMONOLOGIE (sang):** Includes "Date dernières règles". A blue arrow points to this field.
- LIQUIDES DE PONCTION:** Includes checkboxes for "Liquide d'ascite" and "Liquide pleural".
- SEROLOGIE (sang):** Includes tests for hepatitis and HIV. A blue box highlights "Hépatite B".

Arrows from the text on the left point to these specific fields:
 

- Red arrow: Urines Protides and Créatinine.
- Blue arrow: LDH.
- Pink arrow: Date et heure de dernière prise.
- Blue arrow: Date dernières règles.
- Blue box: Hépatite B.

Un rectangle de couleur = un tube

ZONE POUR  
LABORATOIRE

# Microbiologie & Virologie

- Un seul type de prélèvement par pochette et bon de demande
- Cocher et préciser les renseignements cliniques
- Les examens d'origine bactériologique sont classés en fonction de la localisation du prélèvement
- Préciser la localisation des prélèvements de pus

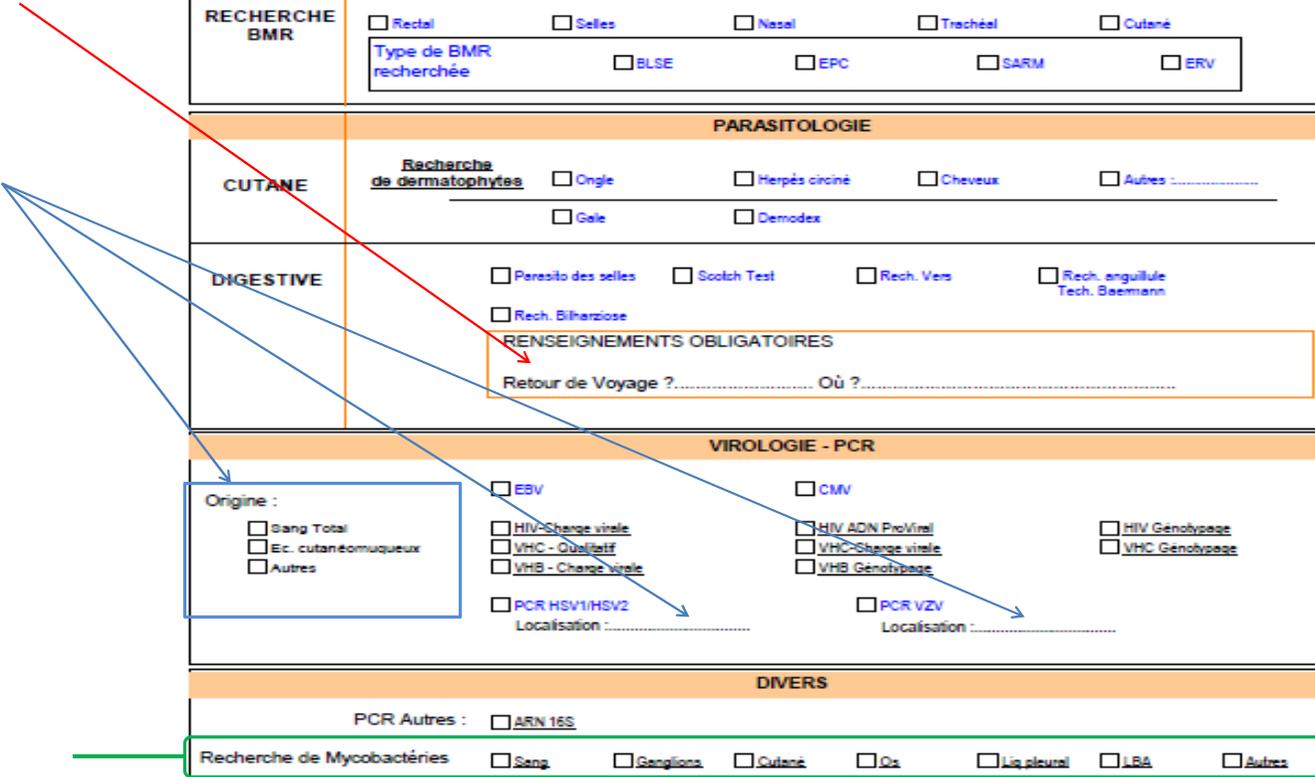
RENSEIGNEMENTS CLINIQUES	
<input type="checkbox"/> Fièvre <input type="checkbox"/> Allergie Pénicilline <input type="checkbox"/> Post partum	<input type="checkbox"/> Synd. infectieux <input type="checkbox"/> Grossesse <input type="checkbox"/> Immunodépression
<input type="checkbox"/> Suspicion endocardite <input type="checkbox"/> MAP <input type="checkbox"/> ATB en cours	<input type="checkbox"/> URGENT
Prescripteur :	Préleveur :
<b>Un seul prélèvement par bon</b>	
HEMOCULTURES	Prélév. Unique <input type="checkbox"/> Couple 1 <input type="checkbox"/> Couple 2 <input type="checkbox"/> N°3 Prélév. Multiple <input type="checkbox"/> N°1 <input type="checkbox"/> N°2 <input type="checkbox"/> N°3 (Endocardite/Piérite) <input type="checkbox"/> CIP <input type="checkbox"/> Périphérique Infection sur KTC/ différentiel de délai de positivité : <input type="checkbox"/> Flacons sur CIP <input type="checkbox"/> Flacons en périphérique
APPAREIL URINAIRE	<input type="checkbox"/> ECBU Voies urinaires <input type="checkbox"/> ECBU Sondage AR <input type="checkbox"/> ECBU SAD <input type="checkbox"/> ECBU KT suspénen <input type="checkbox"/> HLM <input type="checkbox"/> BK Urinaire <input type="checkbox"/> RCBU par Ureterostomie <input type="checkbox"/> Rein droit <input type="checkbox"/> Rein gauche <input type="checkbox"/> Legionella (antigène) <input type="checkbox"/> Pneumocoque (antigène)
APP. GENITAL	<input type="checkbox"/> Prél. vaginal <input type="checkbox"/> Endocol <input type="checkbox"/> Staphylo B <input type="checkbox"/> Bactériurie <input type="checkbox"/> Vaginite <input type="checkbox"/> Prél. urétral <input type="checkbox"/> Liq. gastrique <input type="checkbox"/> Placenta <input type="checkbox"/> Lochies <input type="checkbox"/> Chlam. trachomatis PCR <input type="checkbox"/> Chlam. trachomatis <input type="checkbox"/> D.L.U. (stérile) <input type="checkbox"/> Mycoplasmes <input type="checkbox"/> Ulcération génitale <input type="checkbox"/> Urtes <input type="checkbox"/> Endoc <input type="checkbox"/> Furonis <input type="checkbox"/> Leil Maternel
ORL STOMATO	<input type="checkbox"/> Nez (Staph. aureus) <input type="checkbox"/> Gorge <input type="checkbox"/> Langue <input type="checkbox"/> Oreille droite <input type="checkbox"/> Conjonctive droite <input type="checkbox"/> Sinus <input type="checkbox"/> Amygdales <input type="checkbox"/> Aspi naso. pharyngée <input type="checkbox"/> Oreille gauche <input type="checkbox"/> Conjonctive gauche
APPAREIL PULMONAIRE	<input type="checkbox"/> ECBC <input type="checkbox"/> Aspi. bronchique <input type="checkbox"/> LBA <input type="checkbox"/> Aboès pulmon. <input type="checkbox"/> Liq. pleural (bact+chimie) <input type="checkbox"/> VRS <input type="checkbox"/> ECBC-BK <input type="checkbox"/> Tub. gastrique-BK <input type="checkbox"/> Actinomyces <input type="checkbox"/> Nocardia <input type="checkbox"/> Legionella <input type="checkbox"/> Mycologie aspergillus <input type="checkbox"/> Virologie - PCR <input type="checkbox"/> Grippe PCR <input type="checkbox"/> Coqueluche PCR <input type="checkbox"/> Pneumocystis <input type="checkbox"/> Grippe -test rapide <input type="checkbox"/> Ec. Pharyngé <input type="checkbox"/> Aspi. NasoPh. <input type="checkbox"/> Ec. NasoPh
APPAREIL DIGESTIF	<input type="checkbox"/> Copro Standard hospi-3 <input type="checkbox"/> Clost. difficile <input type="checkbox"/> Rota/Adénovirus (<2 ans) <input type="checkbox"/> Liq. péritonéal <input type="checkbox"/> Liq. ascite (bact+chimie) <input type="checkbox"/> Microsporidie <input type="checkbox"/> Cryptosporidie <input type="checkbox"/> Dialyse péritonéale <input type="checkbox"/> Liq. de coelioscopie <input type="checkbox"/> Biopsie rectale <input type="checkbox"/> Biopsie colique <input type="checkbox"/> Biopsie colique pour CMV <input type="checkbox"/> Bile <input type="checkbox"/> Aboès profond Loc.: .....
SNC	<input type="checkbox"/> LCR (Bact+Chimie) <input type="checkbox"/> PCR Entéro/HSV1/HSV2 <input type="checkbox"/> Protocole SEP <input type="checkbox"/> Protocole Alzheimer <input type="checkbox"/> Protocole 14,3,3 <input type="checkbox"/> Pigments biliaires <input type="checkbox"/> Maladie de Lyme <input type="checkbox"/> PCR VZV <input type="checkbox"/> Lactospiriose <input type="checkbox"/> Cryptococcose <input type="checkbox"/> BK sur LCR <input type="checkbox"/> PCR Méningite bactérienne
PEAU OS	<input type="checkbox"/> Liq. articulaire <input type="checkbox"/> Hygrome <input type="checkbox"/> Biopsie tissu <input type="checkbox"/> Biopsie osseuse <input type="checkbox"/> Aboès profond Localisation <input type="checkbox"/> Pleie chirurgicale <input type="checkbox"/> Aboès superficiel <input type="checkbox"/> Morsure <input type="checkbox"/> Phlegmon <input type="checkbox"/> Panaris <input type="checkbox"/> Pustules <input type="checkbox"/> Escarre/Ulcère <input type="checkbox"/> Orifice broche <input type="checkbox"/> Orifice KT

- Parasitologie : renseignements obligatoire
- Prélèvement pour la virologie : préciser la localisation

Attention ! PCR ≠ sérologie

- BK et autres mycobactéries :
  - Cocher la case qui correspond au prélèvement
  - Si autres: préciser

<b>MATERIEL</b>	<input type="checkbox"/> KT central <input type="checkbox"/> KT périphérique <input type="checkbox"/> CIP Localisation : <input type="checkbox"/> Jugulaire <input type="checkbox"/> Radiale <input type="checkbox"/> Fémorale <input type="checkbox"/> Liquide Redon <input type="checkbox"/> Liquide Drain <input type="checkbox"/> Clou <input type="checkbox"/> Vis <input type="checkbox"/> Fil de cerclage
<b>RECHERCHE BMR</b>	<input type="checkbox"/> Rectal <input type="checkbox"/> Selles <input type="checkbox"/> Nasal <input type="checkbox"/> Trachéal <input type="checkbox"/> Cutané Type de BMR recherchée : <input type="checkbox"/> BLSE <input type="checkbox"/> EPC <input type="checkbox"/> SARM <input type="checkbox"/> ERV
<b>PARASITOLOGIE</b>	
<b>CUTANE</b>	<u>Recherche de dermatophytes</u> <input type="checkbox"/> Ongle <input type="checkbox"/> Herpès circiné <input type="checkbox"/> Cheveux <input type="checkbox"/> Autres : ..... <input type="checkbox"/> Gale <input type="checkbox"/> Demodex
<b>DIGESTIVE</b>	<input type="checkbox"/> Parasite des selles <input type="checkbox"/> Scotch Test <input type="checkbox"/> Rech. Vers <input type="checkbox"/> Rech. anguillule Tech. Baermann <input type="checkbox"/> Rech. Bilharziose
<b>RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES</b>	
Retour de Voyage ? ..... Où ? .....	
<b>VIROLOGIE - PCR</b>	
Origine : <input type="checkbox"/> Sang Total <input type="checkbox"/> Ec. cutanéomuqueux <input type="checkbox"/> Autres	<input type="checkbox"/> EBV <input type="checkbox"/> CMV <input type="checkbox"/> HIV-Charge virale <input type="checkbox"/> HIV ADN Pro/Viral <input type="checkbox"/> HIV Génotypage <input type="checkbox"/> VHC - Qualitatif <input type="checkbox"/> VHC-Charge virale <input type="checkbox"/> VHC Génotypage <input type="checkbox"/> VHB - Charge virale <input type="checkbox"/> VHB Génotypage <input type="checkbox"/> PCR HSV1/HSV2 Localisation : ..... <input type="checkbox"/> PCR VZV Localisation : .....
<b>DIVERS</b>	
PCR Autres : <input type="checkbox"/> ARN 16S	
Recherche de Mycobactéries <input type="checkbox"/> Sang <input type="checkbox"/> Ganglions <input type="checkbox"/> Cutané <input type="checkbox"/> Os <input type="checkbox"/> Lig pleural <input type="checkbox"/> LBA <input type="checkbox"/> Autres Liquide amniotique <input type="checkbox"/> CMV <input type="checkbox"/> Parovirus B19 <input type="checkbox"/> Toxoplasmose <input type="checkbox"/> VZV Autres : <input type="checkbox"/> TOXD sur Placenta <input type="checkbox"/> TSPOT TB <input type="checkbox"/> Rech sang dans les selles	



# Les hémocultures

## 3 protocoles :

- **Prélèvement unique.** Pour diagnostiquer une bactériémie primaire. 2 paires en une seule ponction. 1X/24h. Culture 6 jours
- **Suspicion endocardite :** 3 paires sur 24h. Au moins 1 heure d'intervalle entre chaque ponction. Culture prolongée 21 jours
- **Hémocultures différentielles :** lorsqu'un dispositif intravasculaire est suspect d'être la porte d'entrée. 1 paire en périphérie + 1 paire sur le DIV au même moment. Préciser l'origine sur les bons **ET** sur flacons

# Les hémocultures

- Si suspicion endocardite : **prélèvement multiple**

- Coller les étiquettes des flacons d'hémoculture dans l'emplacement prévu pour.

<input type="checkbox"/> Fièvre <input type="checkbox"/> Allergie Pénicilline <input type="checkbox"/> Post partum			<input type="checkbox"/> Synd. infectieux <input type="checkbox"/> Grossesse <input type="checkbox"/> Immunodépression			<input type="checkbox"/> Suspicion endocardite <input type="checkbox"/> MAP <input type="checkbox"/> ATB en cours			<b>RENSEIGNEMENTS CLINIQUES</b>							
Prescripteur :					Préleveur :					<input type="checkbox"/> <b>URGENT</b>						
<b>Un seul prélèvement par bon</b>																
HEMOCULTURES													<input checked="" type="checkbox"/> Couple 1 <input checked="" type="checkbox"/> Couple 2 <input type="checkbox"/> N°1 <input type="checkbox"/> N°2 <input type="checkbox"/> N°3 <input type="checkbox"/> CIP <input type="checkbox"/> Périphérique			
Prélèv. Unique Prélèv. Multiple (Endocardite/Pélorie)													<input type="checkbox"/> Infection sur KTC/ différentiel de délai de positivité : <input type="checkbox"/> Flacons sur CIP <input type="checkbox"/> Flacons en périphérique			

- Hémoculture pédiatrique: cocher prélèvement multiple n°1

- Hémocultures différentielles

- Si 4 flacons d'hémoculture, cocher couple 1 et couple 2.
- Si 2 flacons d'hémoculture, cocher seulement couple 1.

# Manuel de prélèvement

Accueil    Annuaire Professionnels    Notes internes    Sites Internes    Les demandes    Bibliothèque    Liens utiles    Infos utiles Pharmacie    Comité d'éthique

---

**QUALITE  
GESTION DES RISQUES**

 → GED Ennov : Documents qualité  
→ FEI : déclarer un événement indésirable  
→ Guide d'utilisation Ennov

**Plan Blanc**

Rechercher sur Intranet

Recherche

---

**Accès rapide**

→ Les demandes, DI, tickets etc...

→ Copilote  
→ Hemovigilance  
→ Imagerie médicale  
→ Laboratoire  
→ Scintigraphie  
→ Pharmacie à Usage Interieur SRI  
→ (Documents SRI)

---

**INFORMATIQUE**

DEMANDE D'INTERVENTION et consommables d'imprimantes (Toners/cartouches)

DEMANDE DE MATERIEL ET LOGICIELS INFORMATIQUE

---

**DIRECTION**

→ Organigramme de Direction  
→ Décision portant délégation de signature  
→ Composition du CHSCT  
→ Composition du CTE  
→ Charte graphique du GHT

→ Calendrier des instances (actualisé)  
→ Découpage des pôles d'activités cliniques et médico technique  
→ Pour en finir avec les idées reçues sur l'hôpital public  
→ Site internet du GHT Rance Emeraude

→ Actualités de la DRH

→ Affaires médicales

---

**Sillage**



**Sillage V19 : montée de version**

>>> Voir la vidéo réalisée par le SIB

---

**Bulletin d'Information du 02-10-2020**  
Organisation des prélèvements PCR SARS-CoV-2 pour le personnel du GHT : Modification d'organisation à compter du 13 mai 2020  
Bulletin d'information ARS  
Information complémentaire Santé Publique France  
Coronavirus : Soignants contaminés, que faire ?



**Covid-19 :**  
" Comment bien mettre un masque " par les équipes du CHU de Nantes



Information sur le choix des masques

---

**Laboratoire de biologie médicale**



---

**Coordonnées des Représentants du personnel**

Reprographie (Guide utilisateur)  
**Prinée**  
Caméléon  
identifiant de messagerie OWA sans "cht\" et mot de passe OWA

---

**ANNUAIRES PROFESSIONNELS**

 Annuaire APICRYPT en ligne  
 Annuaire MSSANTE

---

**RAPPORT DE CERTIFICATION CENTRE HOSPITALIER DE SAINT MALO CENTRE HOSPITALIER DES PRES BOSGERS CANCALE**

---

**Projet Médical Partagé du GHT Rance Emeraude**





# Manuel de prélèvement

- Le manuel permet de vérifier:
  - Le type et nombre de tube nécessaire pour chaque analyse
  - Les conditions de prélèvement
  - Les fiche de renseignements ou consentement à fournir.

Barre de recherche d'analyse

Nouveautés et mise à jour du laboratoire

Mis à disposition de différents documents pour les prélèvement, transport...

COMMUNAUTÉ HOSPITALIÈRE DE TERRITOIRE  
BRANCHE ÉMERAUDE

Accueil  
Présentation  
Examens  
Actualités  
Documents

Connexion

BIENVENUE SUR LE MANUEL DE PRELEVEMENT DU LABORATOIRE  
D'ANALYSES DE BIOLOGIE MÉDICALE DU GCS DU TERRITOIRE 6 SANTE  
BRETAGNE

ACCÉDEZ A NOTRE GUIDE DES EXAMENS ET NOS RECOMMANDATIONS DE PRÉLEVEMENTS

Voir la présentation

Quel examen recherchez-vous ? + Recherche Rechercher

Version: 4  
Date d'application: 12/06/2018

ACTUALITÉS

ACTU 20 - n°4 - Recherche de Anticorps Anti SARS - Cov-2 - 22-05-2020

DOCUMENTS

COVID 19  
PRESCRIPTION ET DEMANDE D'EXAMEN  
PRELEVEMENT  
TRANSPORT ET RECEPTION DES ECHANTILLONS  
TRANSMISSION DES RESULTATS  
ORGANISATION DU LABORATOIRE

MISE À JOUR Tout afficher

20.02.2020 ANTICORPS ANTI PF4  
04.12.2019 GAZ DU SANG  
29.10.2019 SOMATOSTATINE - PLASMA EDTA APROTININE  
10.10.2019 GLYCEMIE A JEUN  
10.10.2019 GLYCEMIE A JEUN  
10.10.2019 CHOLESTEROL

# Expéditions

- Ouvert de 08h00 à 15h30 du lundi au vendredi.
- Eviter de prélever si cela est possible en dehors de ses horaires.
- Vérifier systématiquement le manuel de prélèvement pour tous examens expédiés.
- Les feuilles de consentement et de renseignements obligatoires pour certaines analyses doivent parvenir avec le prélèvement.
- Faire attention à l'heure de départ des navettes qui sont disponibles sur le manuel de prélèvement.
- En cas de doute, appelé au 6138 lors des horaires d'ouverture
- Si analyse non présente sur le bon et après vérification dans

**LABORATOIRE INTERHOSPITALIER RANCE-EMERAUDE GCS T6 Santé-Bretagne**  
**EXAMENS TRANSMIS (sauf infectieux) (VERSO)**  
 Se référer au catalogue des examens pour les préconisations du prélèvement. 074 Avril 2017

MARQUEURS	MÉDICAMENTS	VITAMINES - MÉTAUX
CA00N <input type="checkbox"/> AFP (fluide amniotique) CA013 <input type="checkbox"/> Aldolase CA0G1 <input type="checkbox"/> Cytfa 21-1 CA0L3 <input type="checkbox"/> Enz. de conversion angiotensine CA01M <input type="checkbox"/> 5-HIAA (URINE) NSE <input type="checkbox"/> NSE SCC <input type="checkbox"/> SCC CA1S5 <input type="checkbox"/> Cértonine	AMIKO <input type="checkbox"/> Amikacine CICIO <input type="checkbox"/> Clozapine (Leoral) CA066 <input type="checkbox"/> Clonazepam (Livanil) CA06K <input type="checkbox"/> Clonazepam (Rivolet) DIGIT <input type="checkbox"/> Digoxine (Digitaline) CA0LQ <input type="checkbox"/> Ethosuximide (Zarontin) GENTA <input type="checkbox"/> Gentamicine CA1LH <input type="checkbox"/> Phénylène (Mydan) SIRO <input type="checkbox"/> Sirolimus (Rapamune) TAC <input type="checkbox"/> Tacrolimus (Prograf)	CA200 <input type="checkbox"/> Vitamine A1 CA201 <input type="checkbox"/> Vitamine B1 CA207 <input type="checkbox"/> Vitamine C CA20A <input type="checkbox"/> Vitamine D (Calcitriol) (glace) CA067 <input type="checkbox"/> Aluminium <input type="checkbox"/> Zinc CA1JW <input type="checkbox"/> Cuivre sang <input type="checkbox"/> Urines CA1JX <input type="checkbox"/> Hémob. sang <input type="checkbox"/> Urines
HORMONOLOGIE		
CA060 <input type="checkbox"/> AGTH CA06K <input type="checkbox"/> ADH CA014 <input type="checkbox"/> Aldostérone (préciser couché ou debout) CA06Y <input type="checkbox"/> Androstenedione D4 CA225 <input type="checkbox"/> Calcitonine CA01E <input type="checkbox"/> 17-céto-steroides (URINE)	CA1L8 <input type="checkbox"/> 17-OH progesterone CA0A0 <input type="checkbox"/> Corticostérone CA0A5 <input type="checkbox"/> Cortisol libre urinaire CA01B <input type="checkbox"/> 11-désoxycorticostérone CA01D <input type="checkbox"/> 11-désoxycortisol CA01H <input type="checkbox"/> 21-désoxycortisol CA0JA <input type="checkbox"/> DHA <input type="checkbox"/> DHA sulfate CA229 <input type="checkbox"/> Erythropoïétine (EPO)	CA0GZ <input type="checkbox"/> Diastrine CA1L5 <input type="checkbox"/> Progesterone CA1RC <input type="checkbox"/> Rénine (préciser couché ou debout) CA1YT <input type="checkbox"/> Testostérone (homme) CA1YR <input type="checkbox"/> Testostérone (femme/enfant) TGL <input type="checkbox"/> Thyroglobuline
BIOCHIMIE - DIVERS BIOCHIMIE		
CA05S <input type="checkbox"/> Acides biliaires CA0BU <input type="checkbox"/> Ac. bêtahydroxybutyrique CA010 <input type="checkbox"/> Acide guanidinoacétique (urine) CA06N <input type="checkbox"/> Acide guanidinoacétique (sang) CA07U <input type="checkbox"/> Acide pyruvique CA0D6 <input type="checkbox"/> Alpha 1-antitrypsine <input type="checkbox"/> Calculs urinaires (identification)	Chromatographie : Ac. aminés <input type="checkbox"/> sang <input type="checkbox"/> urine Ac. organiques <input type="checkbox"/> sang <input type="checkbox"/> urine Dérivés méthylés CA1L6 <input type="checkbox"/> sang <input type="checkbox"/> urine CA1L7 <input type="checkbox"/> urine OHOO <input type="checkbox"/> Choc anaphylactique (TO) <input type="checkbox"/> (T+2h) <input type="checkbox"/> (T+24h)	HG1 <input type="checkbox"/> hGH IGF1 <input type="checkbox"/> IGF-1 IGF3 <input type="checkbox"/> IGF-3 INSU <input type="checkbox"/> Insuline CA1SK <input type="checkbox"/> Stéatorrhée (SELLES) CA1TJ <input type="checkbox"/> Trisomie 21 (1er trimestre) CA20Z <input type="checkbox"/> Test au D-Xylose (Sang + urine)
HEMOSTASE	HEMATOLOGIE	CYTOGÉNÉTIQUE-GENÉTIQUE
PFAAD <input type="checkbox"/> Temps d'occlusion : PFA VASP <input type="checkbox"/> Marqueur VASP Bilan de thrombophilie : CA1M0 <input type="checkbox"/> Mutation Facteur II CA0M3 <input type="checkbox"/> Mutation Facteur V Leiden FWIM <input type="checkbox"/> Facteur Willebrand CA0PH <input type="checkbox"/> Homocystéine	POLYM <input type="checkbox"/> Population lymphocytaire (T4, T8) <input type="checkbox"/> Culture des progéniteurs : (plus de 48h) MK <input type="checkbox"/> MNP (Hb paroxystique nocturne) HNP <input type="checkbox"/> MNP (Hb paroxystique nocturne) CADIU <input type="checkbox"/> Électrophorèse hémoglobine Immunophénotypage : FLUXS <input type="checkbox"/> sang <input type="checkbox"/> urine FLULC <input type="checkbox"/> LCR <input type="checkbox"/> ganglion CLPON <input type="checkbox"/> Liquide Nature : .....	Cytogénétique constitutionnelle CARSG <input type="checkbox"/> Cordon CARAM <input type="checkbox"/> Liquide amniotique CARST <input type="checkbox"/> Sang Cytogénétique hématologique CA0E3 <input type="checkbox"/> sang CA0E2 <input type="checkbox"/> Moelle osseuse Biologie moléculaire HPE <input type="checkbox"/> Mutation gène C82Y HPE1 JAK2 <input type="checkbox"/> Mutation JAK2 BCRAB <input type="checkbox"/> BCR/ABL sang CALRE <input type="checkbox"/> Calcitriole
AUTRES (préciser)		

ZONE POUR HORODATEUR

← Sens d'insertion du bon dans l'horodateur

# LE PRÉLÈVEMENT

- Ne jamais prélever sur:
  - Un bras perfusé.
  - Un bras ou le patient a subi une exérèse des ganglions.
- Bien respecter l'ordre de prélèvement des tubes pour éviter la contamination par un anticoagulant plus fort.
- **NE JAMAIS TRANSVASER** le sang d'un tube à l'autre.
- Bien homogénéiser les tubes après prélèvement.



De l'anticoagulant le plus faible au plus fort.

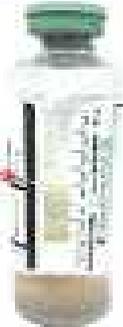
- Hémoculture en premier pour éviter la contamination par des bactéries de la flore cutanée.
- Le flacon aérobie avant pour être sûr de ne pas rajouter d'air dans le flacon anaérobie
- Tube neutre en premier pour purger la tubulure des aiguilles épicroâniennes



# L'étiquetage des tubes

Ce qu'il ne faut pas faire	Nouvelle étiquette	Comment l'utiliser	Ce qu'il faut faire
			<p>Laisser la bande de couleur visible et coller l'étiquette patient en limite de ce trait visuel</p>

Remplir le flacon vert et orange jusqu'au repère (trait blanc)



**10 ml par flacon**

**OK**



Étiquette patient

**No pas étiqueter cette zone**



**No pas étiqueter cette zone**

# Délai d'acheminement

- Immédiat (<30min):
  - Gaz du sang
  - Prélèvement dans la glace à insérer dans la pochette isotherme aluminium
  - Cryoglobuline et agglutinines froides
- 1h:
  - TCA pour patient sous héparine.
  - Dosage d'HBPM, HNF, Rivaroxaban, Apixaban.
- 1h30:
  - Potassium
  - Glycémie sur tube hépariné (vert)
  - LDH
  - Thrombopénie induite par l'héparine
- 2h:
  - L'ensemble des examens de coagulation hors traitement sous héparine sur tube citraté
  - Contrôle plaquettes sur citrate



# Acheminement et dépôt au laboratoire

- Descendre les prélèvements dans la boîte plastique prévu à cet effet.
- Horodater le bon d'examen à l'arrivée au laboratoire
- Déposer le prélèvement dans la bannette à la réception du laboratoire.
- En période de garde, sonner 1 fois (**sonner 3 fois si urgence et donner en main propre au technicien**).
- Le laboratoire prendra ensuite en charge le prélèvement en suivant ces différentes étapes :
  - Réception et vérification de la conformité identito-vigilance
  - Enregistrement du bon d'examen (scanner)
  - Etiquetage des prélèvements
  - Centrifugation des prélèvements pour le travail sur plasma ou sérum
  - Distribution en techniques
  - Réalisation des analyses
  - Validation technique des résultats
  - Validation biologique des résultats
  - Transmission des résultats sur le SRI

# Rappels

- **Hématologie:**
  - Un tube violet **différent** du tube de la NFS pour l'immuno-hématologie.
  - Une détermination de groupe sanguin + une RAI = Un seul tube violet.
  - Deux déterminations de groupe sanguin = Deux pochettes et bons différents.
  - Le contrôle des plaquettes sur citrate ne se fait que sur demande du laboratoire ou présence d'aggrégats plaquettaires dans la NFS.
  - Les tubes de coagulation doivent être correctement remplis jusqu'au trait.
  - Pour toute demande d'ACC ou facteurs de coagulation autre que le facteur V, prélever systématiquement **3 tubes citratés** correctement remplis.
- **Biochimie:**
  - Hémoglobine glyquée: Un tube violet différent du tube de la NFS.
  - Electrophorèse des protides: **Un tube jaune** spécifique.
  - Les tubes pour lactates, ammoniémie, calcium ionisé et les gaz du sang doivent **impérativement** être descendus dans de la glace **solide**.
  - Un seul tube vert suffit pour la majeure partie des analyses en biochimie. Seul les médicaments nécessite un tube supplémentaire.
- **Bactériologie:**
  - Si demande de recherche de mycoplasme en supplément d'un PV. Réaliser deux écouvillonnages avec le milieu de conservation en gel.
  - Si demande de recherche de mycologie, actinomyces ou nocardia en plus de l'examen bactérien sur un prélèvement pulmonaire, ne faire qu'un seul bon.

Questions diverses