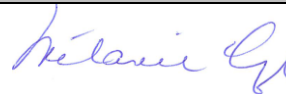


Processus audité : Respect des critères d'acceptation des requêtes						
Auditeur :	Marie-Christine Boisvert					
Secteur(s) audité :	<b>Réception Centralisée</b> - (saisie) – 100 requêtes au hasard					
Date de l'audit :	mai 2016	Date du rapport final :	2016-07-06			
Objectifs :	Atteindre un taux de conformité d'au moins 95% pour chacun des critères audités, sauf pour la date de rédaction de l'ordonnance (critère ayant été laissé tomber lors du dernier audit d'application de la loi médicale en août 2015)					
Audit						
Références relatives à l'audit :						
1-Collège des Médecins du Québec. Les ordonnances faites par un médecin. Guide d'exercice 5.4.1						
2- Loi médicale, règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin.						
3- OPTMQ –La qualité dans les laboratoires 10.0 Le préanalytique, 10.1 Ordonnance médicale -						
Légende de criticité Réf. Agrément *	Critère audité	Observations	Conforme	Non-conforme	Recommandations / plan d'action	Statut
Informations relatives à l'utilisateur						
Objectif atteint	<b>1. Présence de double identification du patient</b>		100%	0%	Pratique bien intégrée aucune action à porter	Terminé
Informations relatives au requérant						
Objectif atteint	<b>2. Nom, prénom inscrits lisiblement (lettres moulées)</b>		100%	0%	Pratique bien intégrée aucune action à porter	Terminé
Objectif atteint	<b>3. Présence du numéro de pratique du requérant</b>		99%	1%	Aucune action à porter, pratique bien intégrée.	Terminé
Objectif atteint	<b>4 Signature du requérant</b>		99%	1%	Aucune action à porter, pratique bien intégrée	Terminé
Objectif atteint	<b>5. Adresse de correspondance (pour l'acheminement des rapports)</b>		99%	1%	Aucune action à porter, pratique bien intégrée.	Terminé

Informations relatives au préleveur						
Objectif atteint	<b>6. Présence de la date et de l'heure du prélèvement</b>		100%	0%	Aucune action à porter, pratique bien intégrée	Terminé
Objectif atteint	<b>7. Identification du préleveur (nom, prénom ou initiales)</b>	Pour toutes les requêtes n'étant pas conformes pour ce critère, nous retrouvions toutefois le # d'accréditation du préleveur qui nous permet de l'identifier de façon unique. L'objectif est toutefois atteint.	96%	4%	Rappel à faire aux partenaires externes au niveau de tous les critères d'acceptation et de rejet de requêtes, particulièrement au niveau de l'identification du préleveur. (Diffusion sur le guide de prélèvements)	En cours Communi- qué prêt à être approuv- é
Objectif atteint	<b>8. # d'accréditation du préleveur</b>		99%	1%	Aucune action à porter, pratique bien intégrée	Terminé
	<b>9. Date de l'ordonnance</b>	Taux de non-conformité très élevé. Il avait toutefois déjà été établi antérieurement, suite aux audits de août 2015, que nous ne ferions pas de ce critère une obligation, puisque la qualité de l'échantillon ainsi qu'un acheminement sécuritaire des rapports n'était pas compromis malgré l'omission de ce critère.	44%	56%	Diffusion des bonnes règles de pratiques, mais aucune action à porter sur ce critère en particulier	
Diffusion :						

**Revue**

Signature du gestionnaire :



Date :

2016-07-06

**\* Légende de criticité d'Agrément Canada**






**Pratiques organisationnelles requises** : Les pratiques organisationnelles requises (POR) sont des pratiques qui ont été déterminées comme étant essentielles et qui doivent être en place dans l'organisme pour améliorer la sécurité des clients et pour minimiser les risques.  
**Dans un contexte de non-conformité. Un plan d'action doit suivre dans les 3 mois suivant l'audit.**



**Priorité élevée** Les critères à priorité élevée sont les critères liés à la sécurité, à l'éthique, à la gestion des risques et à l'amélioration de la qualité. Ils sont indiqués dans les normes.  
**Dans un contexte de non-conformité. Un plan d'action doit suivre dans les 3 mois suivant l'audit.**

**Constat** : Pour toutes les requêtes reçues au laboratoire en provenance de nos partenaires externes, nous avons relevé une amélioration notable du taux de conformité des ordonnances. Une lettre d'appréciation de l'amélioration de la conformité des requêtes sera diffusée sur le guide de prélèvements ainsi que les résultats de l'audit. Un rappel de tous les critères sera également fait afin d'assurer une continuité et une assiduité dans l'application de la loi médicale.

Processus audité : Respect des critères d'acceptation des requêtes						
Auditeur :	Marie-Christine Boisvert					
Secteur(s) audité :	<b>Cytologie</b> - (saisie) – 100 requêtes au hasard					
Date de l'audit :	4 mai 2016	Date du rapport final :	2016-07-06			
Objectifs :	Atteindre un taux de conformité d'au moins 95% pour chacun des critères audités, sauf pour la date de rédaction de l'ordonnance (critère ayant été laissé tomber lors du dernier audit d'application de la loi médicale en août 2015)					
Audit						
Références relatives à l'audit :						
1- Collège des Médecins du Québec. Les ordonnances faites par un médecin. Guide d'exercice 5.4.1						
2- Loi médicale, règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin.						
3- OPTMQ –La qualité dans les laboratoires 10.0 Le pré-analytique, 10.1 Ordonnance médicale -						
Légende de criticité Réf. Agrément *	Critère audité	Observation	Conforme	Non-conforme	Recommandations / plan d'action	Statut
Informations relatives à l'utilisateur						
Objectif atteint	<b>1. Présence de double identification du patient</b>		100%	0%	Pratique bien intégrée. Aucune action à porter	Terminé
Informations relatives au requérant						
Objectif atteint	<b>2. Nom, prénom inscrits lisiblement (lettres moulées)</b>		98%	2%	Pratique bien intégrée. Aucune action à porter.	Terminé
	<b>3. Présence du numéro de pratique du requérant</b>		91%	9%	Envoyer des communications de rappel concernant les éléments obligatoires à retrouver sur une ordonnance et faire de l'enseignement auprès	Terminé Rappel par l'assistante chef

					des personnes effectuant la saisie des spécimens de cytologie afin qu'elles refusent les requêtes qui ne sont pas conformes.	
	<b>4 Signature du requérant</b>	Plusieurs requêtes n'étaient pas signées par le requérant et ont été acceptées au laboratoire.	<b>68%</b>	32%	Un important rappel doit être fait auprès des requérants, toutefois l'application des critères de rejet de requêtes devra être faite beaucoup plus assidument au laboratoire. Suivi sera fait par l'assistante-chef du département de cytologie.	Terminé Rappel par l'assistante chef
Objectif atteint	<b>5. Adresse de correspondance (pour l'acheminement des rapports)</b>		100%	0%	Pratique bien intégrée. Aucune action à porter.	Terminé
Informations autres						
	<b>6. Présence de la date et de l'heure du prélèvement</b>	13 des 22 requêtes non-conformes ne l'étaient pas, car il manquait l'heure du prélèvement (date présente).	<b>78%</b>	22%	Il serait pertinent de se questionner sur l'importance de l'heure et de déterminer si nous devons en faire un critère de rejet. L'assistante-chef du département de cytologie établira une liste des types de	En cours

					prélèvements pour lesquels l'heure sera un critère obligatoire. De plus, il faudra envoyer des communications de rappel concernant les éléments obligatoires à retrouver sur une ordonnance	
	<b>7. Date de rédaction de l'ordonnance</b>	Taux de non-conformité très élevé. Il avait toutefois déjà été établi antérieurement suite aux audits de août 2015, que nous ne ferions pas de ce critère une obligation, puisque la qualité de l'échantillon ainsi qu'un acheminement sécuritaire des rapports n'était pas compromis malgré l'omission de ce critère.	53%	47%	Diffusion des bonnes règles de pratiques, mais aucune action à porter sur ce critère en particulier.	Terminé

Diffusion :

**Revue**

Signature du gestionnaire :

Date :

2016-07-06

**\* Légende de criticité d'Agrément Canada**



**Pratiques organisationnelles requises** : Les pratiques organisationnelles requises (POR) sont des pratiques qui ont été déterminées comme étant essentielles et qui doivent être en place dans l'organisme pour améliorer la sécurité des clients et pour minimiser les risques.  
**Dans un contexte de non-conformité. Un plan d'action doit suivre dans les 3 mois suivant l'audit.**



**Priorité élevée** Les critères à priorité élevée sont les critères liés à la sécurité, à l'éthique, à la gestion des risques et à l'amélioration de la qualité. Ils sont indiqués dans les normes.  
**Dans un contexte de non-conformité. Un plan d'action doit suivre dans les 3 mois suivant l'audit.**

**Constat** : Afin d'augmenter le taux de conformité des requêtes de cytologie il nous faudra faire une intervention auprès du personnel effectuant la saisie des requêtes, afin que celui-ci applique de façon rigoureuse les critères d'acceptation et de rejet au niveau des requêtes. De cette façon, nous arriverons à augmenter le taux de conformité des ordonnances reçues au laboratoire. Cette façon de faire a été bien respectée au centre de prélèvements et à la réception centralisée et a donné des résultats probants. Il en ira de même pour les requêtes de cytologie. Un autre audit pour ce secteur est prévu dans 3 mois, afin de valider la pertinence de l'intervention.




Processus audité : Respect des critères d'acceptation des requêtes						
Auditeur :	Marie-Christine Boisvert					
Secteur(s) audité :	<b>Centre de prélèvements</b> - (saisie) – 100 requêtes au hasard					
Date de l'audit :	27 avril 2016	Date du rapport final :	2016-07-06			
Objectifs :	Atteindre un taux de conformité d'au moins 95% pour chacun des critères audités, sauf pour la date de rédaction de l'ordonnance (critère ayant été laissé tomber lors du dernier audit d'application de la loi médicale en août 2015)					
Audit						
Références relatives à l'audit :						
1- Collège des Médecins du Québec. Les ordonnances faites par un médecin. Guide d'exercice 5.4.1						
2- Loi médicale, règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin.						
3- OPTMQ –La qualité dans les laboratoires 10.0 Le préanalytique, 10.1 Ordonnance médicale -						
Légende de criticité Réf. Agrément *	Critère audité	Observation	Conforme	Non-conforme	Recommandations / plan d'action	Statut
Informations relatives à l'utilisateur						
Objectif atteint	<b>1. Présence de double identification du patient</b>	Sur 100 requête 2 seulement n'étaient pas conformes (absence de double identification)	98%	2%	La coordonnatrice du centre de prélèvements a été avisée de ces petites irrégularités et fera le suivi avec les agentes concernées par cet oubli du respect de conformité de l'identification patient	Terminé
Informations relatives au requérant						
Objectif atteint	<b>2. Nom, prénom inscrits lisiblement (lettres moulées)</b>	Sur les 11 % de non-conformités rencontrées, pour 9/11 requêtes nous n'avions que l'initiales du prénom du requérant, par contre toutes les autres informations (# pratique, nom	89%  Taux de conformité réel :	11%  Taux de non-conformité réel :	Suite au rapport final d'audit, un rappel de tous les critères obligatoires sur une ordonnance sera diffusé sur notre guide de	En cours



Direction des services multidisciplinaires

		de famille, signature) étaient suffisantes pour identifier le requérant hors de tout doute moyennant une recherche via le site du collège des médecins.	98%	2%	prélèvements afin de rendre l'information disponible et accessible pour tous prescripteurs de la région.	
Objectif atteint	<b>3. Présence du numéro de pratique du requérant</b>	Les requêtes concernées auraient dû être refusées pour absence du # de pratique du requérant.	97%	3%	La coordonnatrice du centre de prélèvements a été avisée de ces petites irrégularités et fera le suivi avec les agentes concernées par cet oubli du respect de conformité au niveau du # de pratique	Terminé
Objectif atteint	<b>4 Signature du requérant</b>		99%	1%	La coordonnatrice du centre de prélèvements a été avisée de ce manquement au critère obligatoire qu'est la signature du requérant. Un suivi sera fait auprès du personnel effectuant la saisie.	Terminé
Objectif atteint	<b>5. Adresse de correspondance (pour l'acheminement des rapports)</b>	3 des 4 requêtes dont l'absence d'adresse de correspondance a été notée, concernaient soit des cliniques externes de notre CH ou des requêtes d'un autre CH (ex : CHUM) dont l'adresse complète n'était pas spécifiée.	96%	4%	Diffusion des bonnes règles de pratique sur notre guide de prélèvements. De plus nous avons faxés à plus de 150 cliniques (hors de notre territoire) dont les patients ont utilisés nos services au	

					centre de prélèvements, un communiqué rappelant nos exigences concernant les critères d'acceptation et de rejet des ordonnances afin de rejoindre le plus grand nombre de cliniques possible. Cette façon de faire nous assurera un plus grand pourcentage de conformité ainsi qu'un meilleur service à l'utilisateur qui ne devra plus être retourné vers sa clinique afin de faire remplir sa requête adéquatement.	
Informations relatives au préleveur						
Objectif atteint	<b>6. Présence de la date et de l'heure du prélèvement</b>	La présence du scan prélèvement au CP permet d'assurer un taux de conformité de 100% pour les informations relatives au préleveur	100%	0%		Terminé
Objectif atteint	<b>7. Identification du préleveur (nom, prénom ou initiales)</b>	La présence du scan prélèvement au CP permet d'assurer un taux de conformité de 100% pour les informations relatives au préleveur	100%	0%		Terminé
n/a	<b>8. # d'accréditation du préleveur</b>	Critère non-applicable pour le centre de prélèvements puisque ce sont des technologistes médicaux qui prélèvent	n/a	n/a	n/a	n/a
	<b>9. Date de rédaction de</b>	Taux de non-conformité très élevé. Il	68%	32%	Diffusion des bonnes	n/a

	<b>l'ordonnance</b>	avait toutefois déjà été établi antérieurement, suite aux audits de août 2015, que nous ne ferions pas de ce critère une obligation, puisque la qualité de l'échantillon ainsi qu'un acheminement sécuritaire des rapports n'était pas compromis malgré l'omission de ce critère.			règles de pratiques, mais aucune action à porter sur ce critère en particulier
Diffusion :					
<b>Revue</b>					
Signature du gestionnaire :					
Date :		2016-07-06			
<b>* Légende de criticité d'Agrément Canada</b>					
	<b>Pratiques organisationnelles requises</b> : Les pratiques organisationnelles requises (POR) sont des pratiques qui ont été déterminées comme étant essentielles et qui doivent être en place dans l'organisme pour améliorer la sécurité des clients et pour minimiser les risques. <b>Dans un contexte de non-conformité. Un plan d'action doit suivre dans les 3 mois suivant l'audit.</b>				
	<b>Priorité élevée</b> Les critères à priorité élevée sont les critères liés à la sécurité, à l'éthique, à la gestion des risques et à l'amélioration de la qualité. Ils sont indiqués dans les normes. <b>Dans un contexte de non-conformité. Un plan d'action doit suivre dans les 3 mois suivant l'audit.</b>				

**Constat** : Pour toutes les requêtes reçues au laboratoire en provenance du centre de prélèvements, nous avons relevé une amélioration notable du taux de conformité des ordonnances. Une lettre d'appréciation de l'amélioration de la conformité des requêtes sera diffusée sur le guide de prélèvements ainsi que les résultats de l'audit. Un rappel de tous les critères sera également fait afin d'assurer une continuité dans l'application de la loi médicale.