

TEMPÉRATURE ET DELAI D'ACHEMINEMENT

-Spécimens **fixés** (AVEC ALCOOL 50%) :

- Le délai d'acheminement maximal acceptable recommandé, pour un spécimen prélevé/fixé avec alcool 50 % est de sept (7) jours.
- Les spécimens fixés doivent être transportés à la température ambiante.

FIXATION

- Le fixateur utilisé est de l'alcool 50 %
- La quantité de fixateur recommandé est de 1 volume de spécimen pour 1 volume d'alcool.

TRANSPORT

- Tous les échantillons transportés sur la voie publique doivent être emballés selon les principes du triple emballage :
 - S'assurer que le contenant primaire soit bien fermé.
 - Le déposer dans un contenant secondaire étanche comme un sac hermétique.
 - La requête doit être déposée dans la pochette de côté du sac (ne pas mettre la requête directement avec le contenant primaire).
 - Insérer une matière absorbante entre le contenant primaire et le contenant secondaire (dans le sac hermétique)
 - Insérer le sac hermétiquement fermé qui contient le contenant primaire et la requête, dans une boîte de transport conforme.

***CHAQUE ÉCHANTILLON REÇU AU LABORATOIRE DOIT ÊTRE ACCOMPAGNÉ D'UNE REQUÊTE D'ANALYSE** Voir annexes

Informations **obligatoires** devant se retrouver sur:

Sur la Requête :

- Nom et prénom du prescripteur
- **#permis** (5 chiffres à 7 chiffre (ex. : permis de 4 chiffres est une non-conformité)
- **Signature** du prescripteur (si absence de signature, l'ordonnance verbale doit être cochée et remplie; nom, prénom de l'infirmière ou technicien avec signature et # pratique)

- Date et heure du prélèvement

- Service **interne** : nom de la clinique ou du service
- Clinique **externe** : Nom, adresse complète et numéro de fax ou de téléphone de la clinique
- **La double identification du patient** et la source du spécimen doit correspondre à ceux inscrit sur les contenants.

Sur le Spécimen :




Double identification du patient:

- Nom et prénom du patient
- Numéro d'identification unique (RAMQ ou dossier de Saint-Jérôme)

- Si plus d'un spécimen (1,2,3... ou A, B, C...) : identification des contenants avec les chiffres/lettres qui correspondent à celles indiquées sur la requête.
- Identification du fixateur se retrouvant à l'intérieur du contenant (Ex. : alcool 50 %)

Types de spécimens	Types de procédures	Prélèvement	Remarque
<i>Spécimens fixés</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Tous spécimens pouvant être fixés après le prélèvement 	<ul style="list-style-type: none"> • Pot vissé étanche avec alcool 50 % • Utilisation de la requête G326 	<ul style="list-style-type: none"> • Dépôt du spécimen à l'endroit prévu à cet effet à l'entrée du laboratoire

LISTE DES CONTENANTS UTILISÉS AU SERVICE DE CYTOLOGIE

Produit	Photo	Exemple utilisation
Pot vissé ((90ML de type pot d'urine stérile) avec alcool 50 %		BAAF , urine, liquide, lavage bronchique...
Tube de 10 ml +ajout d'alcool		LCR
Contenant pour prélèvement des mucosités		Lavage alvéolaire, lavage bronchique

ANNEXE 1. REQUÊTE CYTOLOGIE NON-GYNÉCOLOGIQUE G-326

IDENTIFICATION	<p>LABORATOIRE, REQUÊTE CYTOLOGIE NON-GYNÉCOLOGIQUE</p>		<p><u>Identification du patient</u></p>	
	<p>SITE: <input type="checkbox"/> Argenteuil <input type="checkbox"/> Des Sommets <input type="checkbox"/> L'Annonciation <input type="checkbox"/> MT-Laurier</p>		<p>Nom: _____</p>	
	<p>CLINIQUE OU SERVICE: _____</p>		<p>No. Dossier: _____</p>	
	<p>MEDECIN PRESCRIPTEUR: <u>DR</u></p> <p><small>Nom et prénom complet en lettre moulée, signature et # pratique</small></p>		<p>RAMQ: _____</p>	
	<p>Copie à: _____</p> <p style="text-align: center;"><small>Nom et prénom complet en lettre moulée</small></p>		<p>Date de naissance: _____</p>	
	<p>Prélèvement(s): Date: _____ Heure: _____</p>		<p>_____</p>	
	<p><input type="checkbox"/> Ordonnance verbale, une copie sera consignée au dossier médical.</p> <p><input type="checkbox"/> Ordonnance Individuelle Standardisée</p> <p><input type="checkbox"/> Ordonnance collective</p> <p>Signature de l'inf / tech _____ # pratique _____</p>		<p>_____</p>	
	<p>Important: Tout formulaire non complété conformément sera refusé.</p>		<p>Coller l'étiquette code-barre ici</p> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 60px; margin: 0 auto;"></div>	
	<p><input type="checkbox"/> BIOPSIE À L'AIGUILLE FINE</p> <p><input type="checkbox"/> POUMON : LOBE : _____</p> <p><input type="checkbox"/> SEIN : CÔTÉ : _____</p> <p><input type="checkbox"/> THYROÏDE : LOBE : _____</p> <p><input type="checkbox"/> GANGLION LYMPHATIQUE : SITE : _____</p> <p><input type="checkbox"/> GLANDE SALIVAIRE</p> <p><input type="checkbox"/> MASSE CERVICALE</p> <p><input type="checkbox"/> AUTRES : _____</p>		<p>MOTIF DE L'ANALYSE :</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
	<p><input type="checkbox"/> PONCTION LIQUIDIENNE</p> <p><input type="checkbox"/> ÉPANCHEMENT PLEURAL</p> <p><input type="checkbox"/> ÉPANCHEMENT PÉRICARDIQUE</p> <p><input type="checkbox"/> ASCITE</p> <p><input type="checkbox"/> LCR</p> <p><input type="checkbox"/> AUTRES : _____</p>		<p><input type="checkbox"/> MASSE <input type="checkbox"/> KYSTE</p> <p>TAILLE _____</p> <p>STABLE <input type="checkbox"/> AUGMENTE <input type="checkbox"/> DIMINUE <input type="checkbox"/></p> <p>CALCIFICATIONS _____</p> <p><input type="checkbox"/> MASSE RÉSIDUELLE APRÈS ÉVACUATION DU KYSTE</p>	
<p><input type="checkbox"/> URINE</p> <p><input type="checkbox"/> MICTION SPONTANÉE</p> <p><input type="checkbox"/> CATHÉTÉRISME</p> <p><input type="checkbox"/> AUTRE : _____</p>		<p>INDICE DE SUSPICION DE MALIGNITÉ</p> <p><input type="checkbox"/> NUL (BÉNIN)</p> <p><input type="checkbox"/> FAIBLE</p> <p><input type="checkbox"/> INCERTAIN</p> <p><input type="checkbox"/> ÉLEVÉ</p>		
<p><input type="checkbox"/> EXPECTORATIONS</p>		<p>ANTÉCÉDENT DE NÉOPLASIE</p> <p>DIAGNOSTIC _____</p> <p>SITE PRIMAIRE _____</p> <p>STADE CLINIQUE _____</p>		
<p><input type="checkbox"/> ÉCOULEMENT DU SEIN</p>		<p>TRAITEMENT :</p> <p><input type="checkbox"/> CHIMIOTHÉRAPIE DATE : _____</p> <p><input type="checkbox"/> RADIOTHÉRAPIE DATE : _____</p> <p><input type="checkbox"/> AUTRES : _____</p>		
<p><input type="checkbox"/> ASPIRATION DE SÉCRÉTIONS</p> <p><input type="checkbox"/> BRONCHIQUES : SITE : _____</p> <p><input type="checkbox"/> AUTRES : _____</p>		<p>RÉSULTAT DE SCINTIGRAPHIE _____</p> <p><input type="checkbox"/> AUTRES : _____</p>		
<p><input type="checkbox"/> BROSSAGE :</p> <p><input type="checkbox"/> BRONCHIQUE : SITE : _____</p> <p><input type="checkbox"/> AUTRES : _____</p>		<p>_____</p>		
<p><input type="checkbox"/> LAVAGE : <input type="checkbox"/> BRONCHIQUE : SITE : _____</p> <p><input type="checkbox"/> ALVÉOLAIRE : SITE : _____</p> <p><input type="checkbox"/> PÉRITONÉAL : SITE : _____</p> <p><input type="checkbox"/> ALVÉOLAIRE : SITE : _____</p> <p><input type="checkbox"/> PÉRITONÉAL : SITE : _____</p>		<p>_____</p>		