

Université Pierre et Marie Curie
Paris VI

MEMOIRE
POUR
L'OBTENTION DU
DIPLOME UNIVERSITAIRE
« ASSURANCE QUALITE ET GBEA »

**GESTION DES NON-CONFORMITES
EN ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
(PHASE PRE-ANALYTIQUE)**

Christine DEMAY 2008

**Directeur de mémoire :
Elisabeth LLOPIS
Cadre supérieur assurance qualité
Hôpital HÔTEL DIEU**

« Note au lecteur »

" Les mémoires des stagiaires du diplôme universitaire « Assurance Qualité et Guide de bonne exécution des analyses de biologie médicale » sont des travaux réalisés pendant l'année de formation.

Les opinions exprimées n'engagent que les auteurs.

Les travaux ne peuvent faire l'objet d'une publication en tout, ou partie, sans l'accord de l'auteur et du responsable du D.U. concerné. "

Christine DEMAY
Technicienne de laboratoire
Service d'anatomie et cytologie pathologiques
Groupe hospitalier COCHIN-SAINT VINCENT DE PAUL
27, rue du Faubourg Saint Jacques
75014 PARIS

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont aidée à réaliser ce mémoire :

Ma chef de service, Pr Marie-Cécile VACHER-LAVENU , pour avoir soutenu ma candidature à ce diplôme universitaire,

Mon cadre supérieur, Catherine GOMMICHON, pour son soutien, son aide et ses encouragements,

Toute l'équipe des techniciens pour avoir remplacé mes absences tout au long de ma formation et pour avoir permis de libérer un peu de temps dans le service malgré un manque de personnel et des problèmes de logistique liés aux travaux en cours dans le service,

Plus particulièrement, Isabelle METZGER, technicienne responsable de la tumorothèque, pour son aide précieuse, sa disponibilité et ses connaissances,

Mme Elisabeth LLOPIS pour m'avoir guidée et conseillée dans la rédaction de ce document,

De manière plus personnelle, mon époux pour son aide, son soutien et sa patience,

Enfin, je remercie le Pr M. VAUBOURDOLLE et les membres de jury de me faire l'honneur d'évaluer ce travail,

A toutes et à tous, j'exprime ma profonde reconnaissance.

SOMMAIRE

I.	GLOSSAIRE	6
II.	INTRODUCTION	7
III.	LE GROUPE HOSPITALIER COCHIN-ST VINCENT DE PAUL	8
IV.	LE SERVICE D'ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	10
	IV.1. Présentation du service	10
	IV.2. Anatomie et cytologie pathologiques et assurance qualité	11
	IV.3. Particularités des prélèvements d'anatomie et cytologie pathologiques	11
V.	LES NON-CONFORMITES EN ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	12
	V.1. Critères de conformités des prélèvements	12
	V.2. Implication de certaines non conformités dans la prise en charge des prélèvements	13
VI.	DEMARCHE ET METHODOLOGIE	14
	VI.1. Etat des lieux	14
	VI.2. Evaluation du nombre de non conformités	15
	VI.3. Analyses des résultats	20
	VI.4. Analyses des dysfonctionnements	20
VII.	PLAN D'ACTIONS	21
VIII.	EVALUATION D'UNE ACTION CORRECTIVE	23
IX.	LIMITES ET PERSPECTIVES	25
X.	CONCLUSION	26
XI.	BIBLIOGRAPHIE.....	27
XII.	ANNEXES	28

I. GLOSSAIRE

- **Tumorothèque** : banque de tissus congelés
- **Examen extemporané** : examen histologique réalisé au cours d'une intervention chirurgicale dans le but de fournir au chirurgien un premier diagnostic en quelques minutes
- **Anatomo-pathologiste** : médecin spécialisé en anatomie et cytologie pathologiques
- **Cytolyse** : dissolution ou destruction des cellules
- **Macroscopie** : sélection de zones suspectes et/ou normales après observation à l'œil nu des pièces opératoires
- **R.B.P.A.C.P.:** Recommandations de Bonnes Pratiques en Anatomie et Cytologie Pathologiques
- **G.B.E.A.** : Guide de Bonne Exécution des Analyses de biologie médicale
- **A.F.A.Q.A.P.:** Association Française d'Assurance Qualité en Anatomie et Cytologie Pathologiques
- **G.I.L.D.A.** : Gestion Informatisé Locale de Dossier Administratif
- **U.F.:** Unité Fonctionnelle de l'hôpital
- **N.I.P.:** Numéro d' Identité Permanente
- **N.D.A.** : Numéro de Dossier Administratif pour patient hospitalisé
- **C.A.P.** : Centre d' Acheminement des Prélèvements
- **A.C.P.** : Anatomie et Cytologie Pathologiques
- **PVT** : Prélèvement
- **D.E.** : Demande d'examen

II. INTRODUCTION

Dans le cadre de l'amélioration de la prise en charge des prélèvements d'anatomie et cytologie pathologiques en phase pré-analytique, une étude de la gestion des prélèvements non-conformes a été entreprise depuis janvier 2008.

Les non-conformités à la réception des prélèvements entraînent :

- une augmentation du délai de prise en charge des prélèvements
- une perte de temps pour les techniciens et les services cliniques

Le manque d'informations sur la feuille de demande d'examen pour la congélation, la quantité toujours constante de non-conformités, le temps passé sur les actions curatives pour résoudre les non-conformités récurrentes et les erreurs d'adressage des compte-rendus ont montré un dysfonctionnement au niveau de la gestion des prélèvements non conformes.

La diversité de la nature des prélèvements et de leur prise en charge, la configuration du groupe hospitalier (multi-pavillonnaires, multi-sites) et les différents modes d'acheminement entraînent une gestion des non-conformités particulièrement complexe en phase pré-analytique et un taux de ces non-conformités important.

L'objectif de cette étude est la diminution du nombre de non-conformités afin d'assurer une meilleure prise en charge du PVT ou de l'échantillon et ainsi optimiser la qualité de l'examen anatomo-pathologique.

L'étude est divisée en quatre étapes :

- Etat des lieux
- Analyse des dysfonctionnements
- Planification des actions correctives
- Evaluation d'une action corrective choisie

III. LE GROUPE HOSPITALIER COCHIN-SAINT VINCENT DE PAUL

Situé dans le 14^{ème} arrondissement de Paris, l'hôpital Cochin a été fondé en 1780 par Jean-Denys Cochin, curé de la paroisse St-Jacques-du-Haut-Pas. C'est d'abord un petit établissement hospitalier d'une quarantaine de lits, destiné aux pauvres du faubourg St Jacques et aux ouvriers des carrières du quartier. L'Hospice Jacques (ou Hospice du Sud) reçoit en 1802 le nom d'hôpital Cochin. Il s'agrandit au XIXe siècle par la construction d'un service de chirurgie et d'une maternité. Quelques faits marquants concernèrent cette époque : la laïcisation de l'hôpital en 1885, l'application des notions d'asepsie et d'isolement à la clinique chirurgicale où Pasteur inaugura en 1893 la première salle d'opération moderne. En 1902, il fusionne avec son voisin l'hôpital Ricord spécialisé dans les maladies vénériennes. Entre 1908 et 1926, les deux établissements sont reconstruits sur le modèle pavillonnaire (petits pavillons de brique) . Au XX^{ème} siècle, l'hôpital fut célèbre par son Ecole Médicale, puis le développement de spécialités comme la pneumo-physiologie, l'endocrinologie, la rhumatologie, l'urologie et enfin la chirurgie orthopédique.

L'hôpital Cochin a, au cours de son histoire, annexé quatre établissements de soins situés à sa proximité (l'hôpital Ricord, les maternités de Port-Royal et Baudelocque et l'hôpital Tarnier). En janvier 1999, l'hôpital d'enfants Saint-Vincent de Paul est rattaché à l'hôpital Cochin pour former le groupe hospitalier actuel (deuxième groupe hospitalier de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris par sa taille).

Le groupe hospitalier Cochin-Saint-Vincent de Paul développe ses activités sur quatre sites :

- Hôpital Cochin (rue du Faubourg Saint-Jacques, 14^{ème} arrondissement)
- Maternités Port-Royal et Baudelocque (bd. de Port-Royal, 14^{ème} arrondissement)
- Hôpital Tarnier (rue d'Assas, 6^{ème} arrondissement)
- Hôpital Saint-Vincent de Paul (av. Denfert-Rochereau, 14^{ème} arrondissement)

Le groupe hospitalier Cochin-Saint Vincent de Paul en quelques chiffres

Année 2006

Capacité d'accueil : 1072 lits et 80 places de jour (dans une quarantaine de services)

Personnel médical : 739 personnes

Personnel non médical : 4465 personnes

Nombre annuel d'admissions: 75 219 dont 39 060 en ambulatoire

Nombre de consultations : 537 878

Nombre d'urgences : 87 201 dont 10 579 suivies d'une admission

Nombre de greffes réalisées : 56

Budget de fonctionnement : 335 millions d'Euros

Budget d'investissement : 25 millions d'Euros

Le groupe hospitalier Cochin-Saint Vincent de Paul remplit pleinement sa mission d'hôpital de proximité et de spécialités (11 pôles d'activités soutenus par un plateau médico-technique de pointe), d'enseignement et de recherche.

Deux principaux chantiers ont débuté en 2007 :

- Construction du bâtiment de la pharmacie, des laboratoires et de la logistique (BPLL)
- Construction du nouveau bâtiment de Port-Royal (pôle regroupant la périnatalogie, la périconceptologie et la gynécologie).

IV. LE SERVICE D'ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES

IV.1. Présentation du service

Le service appartient au pôle Biologie/Pharmacie/Pathologie

Chef de service : Pr M-C VACHER-LAVENU

Cadre supérieur : C. GOMMICHON

Equipe médicale :

2 PU-PH

4 MCU-PH

1 AHU

9 attachés

2 internes + externes

Equipe paramédicale :

1 cadre supérieur

16 techniciens

1 aide soignante

4 agents hospitaliers

5 secrétaires

MISSION

Par l'analyse des tissus et cellules selon diverses techniques, le service d'anatomie et cytologie pathologiques a pour but d'établir un diagnostic morphologique, une appréciation du pronostic des maladies, une évaluation à la réponse à un traitement, une meilleure prévention et une meilleure compréhension des causes et mécanismes des maladies.

ACTIVITES (ET/OU SECTEURS)

Le service a quatre secteurs principaux d'activité :

- Histopathologie
- Immunohistochimie
- Cytologie
- Tumorothèque

En mars 2007, des travaux de mises aux normes des installations ont débuté dans le service, en conformité avec la circulaire du 30 juillet 2004 relative aux précautions à prendre dans les services d'anatomie et cytologie pathologiques, les salles d'autopsie, les chambres mortuaires et les laboratoires de biologie «spécialisés» vis à vis du risque de transmission des agents transmissibles conventionnels (ATC) et non conventionnels (ATNC) . La restructuration géographique du service implique une nouvelle organisation des postes de travail.

IV.2. Anatomie et cytologie pathologiques et assurance qualité

P. Hubert, dans son intervention, lors du congrès « Carrefour de pathologie » du 15 novembre 2004 a précisé qu' « aucune réglementation en terme de démarche qualité n'est applicable aux structures d'anatomie et cytologie pathologiques. Une partie de la profession regroupée au sein de l'association française d'assurance qualité en anatomie et cytologie pathologiques a préparé un documents regroupant les recommandations de bonnes pratiques dans ce domaine d'activités. Mais les difficultés inhérentes à ces démarches professionnelles subsistent (faible adhésion, difficulté de reconnaissance, pérennité,...). »

C'est pourquoi la construction du système qualité dans notre service s'est appuyé sur le GBEA d'une part et sur le RBPACP d'autre part.

Depuis sa création, la cellule qualité est constituée :

- Du chef de service
- Du cadre supérieur
- Du R.A.Q., anatomo-pathologiste
- De deux techniciens
- De deux secrétaires

La cellule qualité se réunit régulièrement (1 fois par mois) pour apporter ou proposer des solutions aux problèmes rencontrés lors de dysfonctionnements dans le service, pour évaluer le système documentaire et assurer la continuité de la mise en place du système qualité. Son objectif pour 2008 est de diminuer les dysfonctionnements liés aux non-conformités.

IV.3. Particularités des prélèvements d'anatomie et cytologie pathologiques

Différentes natures de prélèvements sont réceptionnés en anatomie et cytologie pathologiques :

- Organes ou biopsies d'organes frais ou fixés (foie, estomac, rein...)
- Ponctions de liquides biologiques (liquide d'ascite, liquide pleural, ponction lombaire...)
- Etalements cytologiques divers (frottis cervico-vaginaux, frottis écoulement de sein...).

Les prélèvements parviennent avec ou sans fixateur :

- Avec fixateur : formol à 4%, 10 fois le volume de la pièce opératoire ou de la biopsie, dans un contenant suffisamment grand
- Sans fixateur : pour examen extemporané, pour description macroscopique, pour congélation en tumorothèque.

Les prélèvements sont acheminés dans le service :

- Par un agent du bloc opératoire avec contrôle immédiat et traçabilité de réception, sur un cahier rempli au bloc et contre-signé par un technicien
- Par le centre d'acheminement des prélèvements (CAP), à raison d'un passage par heure sans contrôle et sans traçabilité de réception (grand sac regroupant tous les examens anatomo-pathologiques)

V. LES NON-CONFORMITES EN A.C.P.

La rédaction des procédures et des modes opératoires a débuté dans le service en 2000. Un premier travail avait été fait afin de mettre en place la gestion des prélèvements non conformes. Ce mode opératoire insistait surtout sur les critères de conformité et le traitement des PVT non conformes. Ce document, traitant de façon très générale l'enregistrement et le traitement des non-conformités, fut mis de côté pour se concentrer sur la rédaction des autres documents. Une révision du document (Annexe I) a été faite, en 2007, portant sur la traçabilité des retours de PVT non conformes. Au vu des difficultés récurrentes rencontrées dans le service, et suite au cours sur les non-conformités dispensé lors de ce DU, une mise à plat de la gestion des prélèvements non conformes a été envisagée.

V.1 Critères de conformité des prélèvements

Lors de la mise en place de la gestion des prélèvements non conformes, les services cliniques ont été informés par courrier de nos critères de conformités exigés pour les prélèvements :

- Double ensachage jaune
- Feuille de demande d'examen, formulaire AP/HP 311 bis (Annexe II) comportant les champs suivants à remplir impérativement :
 - ✓ Identité complète du patient (étiquette GILDA ou écriture lisible) comportant nom, prénom, date de naissance, sexe et le NIP ou le NDA
 - ✓ Identification du service demandeur (étiquette code-barre UF)
 - ✓ Identification lisible du médecin prescripteur et signature
 - ✓ Date et heure du prélèvement
 - ✓ Nature et siège du prélèvement
 - ✓ Renseignements cliniques
 - ✓ Recherches particulières à effectuer (urgences, examen extemporané...)
- Prélèvement identifié avec étiquette patient GILDA (ou écriture lisible)

La conduite à tenir par les techniciens en charge de la réception des prélèvements, pour le traitement des non-conformités, a été décidée après consensus de tous les anatomo-pathologistes (tableau de traitement des prélèvements non conformes, Annexe I). Certaines non-conformités nécessitent un retour dans le service prescripteur pour action curative immédiate (formulaire de retour de prélèvement pour non conformité, Annexe III : F1-EP-P-REC).

V.2. Implication de certaines non-conformités dans la prise en charge des prélèvements

Les non-conformités liées au remplissage de la feuille de demande d'examen à la réception des prélèvements entraînent une augmentation du délai de prise en charge, et ce délai est encore plus préjudiciable si le prélèvement est non fixé. En effet, la cytolysse avec le temps augmente, entraînant une destruction des cellules pouvant affecter l'interprétation histologique des lames.

La première des non-conformités importantes est l'absence d'heure de prélèvement. En effet, l'heure de prélèvement doit correspondre à l'heure de fixation. Elle nous renseigne sur le temps de fixation déjà écoulé.

En fonction de la taille du prélèvement, un temps minimum de fixation est nécessaire avant passage dans nos automates à imprégnation en paraffine (pénétration du formol 1 cm³ par heure).

Pour les pièces non fixées, tout retard dans l'acheminement des PVT entraîne une congélation de qualité moindre pour la tumorothèque (destruction rapide de l'A.R.N.).

Remarque: suite à la mise en place en septembre 2007 de la tumorothèque, l'heure de réception des pièces fraîches est maintenant notée sur l'étiquette du numéro d'enregistrement du service ACP. Si l'heure de prélèvement est notée, on peut en déduire le temps d'acheminement et donc la qualité du prélèvement congelé.

Si la nature, le siège du prélèvement, les renseignements cliniques ne sont pas mentionnés sur la D.E., la prise en charge à la macroscopie des pièces opératoires par les anatomo-pathologistes ainsi que le diagnostic seront d'autant plus difficiles .

La demande d'examen de l'ACP est une prescription médicale, la signature du médecin prescripteur est donc obligatoire mais il est plus important de connaître le nom du médecin prescripteur ou le service demandeur pour la bonne orientation des comptes-rendus.

VI. DEMARCHE ET METHODOLOGIE

VI.1. Etat des lieux

Au niveau du service d'A.C.P., les documents suivants sont rédigés et utilisés :

- procédure de réception et enregistrement des prélèvements
- mode opératoire de gestion des prélèvements non conformes
- formulaire de retour de prélèvement pour non-conformité

Les services cliniques peuvent utiliser ces documents :

- mode opératoire de conditionnement et d'acheminement des prélèvements anatomo-pathologiques (pour les blocs opératoires)
- Livre rouge des examens du groupe hospitalier (guide pratique pour répondre à la prescription des analyses de laboratoire)

Par contre, il n'existe pas de suivi et d'évaluation des non-conformités dans le service A.C.P.

VI.2. Evaluation du nombre de non-conformités

Pour des raisons médico-légales, un archivage prolongé des demandes d'examens, des feuilles de travail et des compte-rendus, recommandé par le RBPACP, est effectué dans le service.

Les non-conformités n'étant ni relevées systématiquement (sauf celles qui nécessitent une action curative immédiate, en se référant au mode opératoire de gestion des prélèvements non conformes (annexe I), ni enregistrées informatiquement, le relevé est fait à partir des feuilles de demandes archivées avec les comptes-rendus sur 6 mois de l'année 2007 représentatifs de l'activité du service : janvier, mars, juin, septembre, octobre, novembre (Annexe IV).

Le tableau et le graphique n° 1 représentent la moyenne en pourcentage des données récoltées sur ces 6 mois.

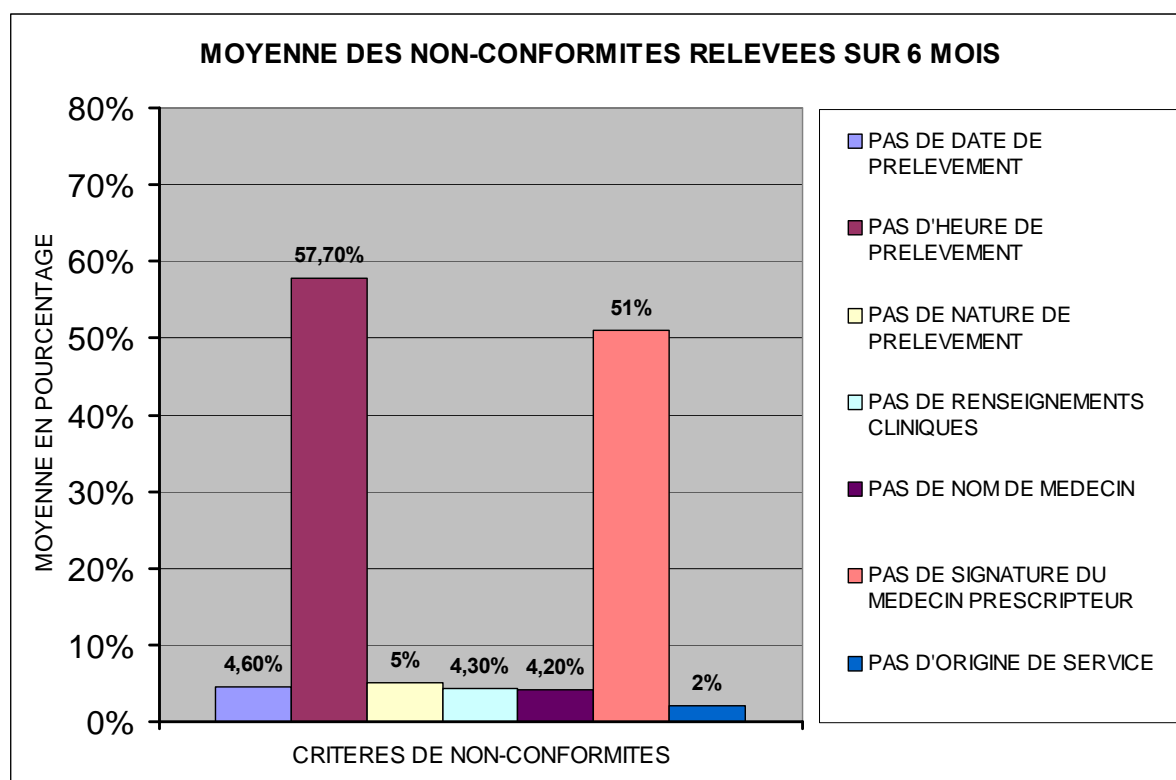
Une étude des non-conformités sur le mois de mars 2007 pour 10 services représentatifs est aussi réalisée (Tableau n°2).

En parallèle, une étude des non-conformités avec actions curatives immédiates est faite : 63 enregistrements de septembre à décembre sur un total de 5000 examens (Tableau et graphique n°3), mais ces enregistrements ne sont pas représentatifs de la réalité car la traçabilité non informatisée est aléatoire (pas de photocopies systématiques du dossier de non-conformité par les techniciens en charge de la réception des prélèvements).

Le temps d'acheminement des pièces non fixées provenant d'un service est aussi évalué, le pourcentage le plus bas de la non-conformité « pas d'heure de prélèvement » déterminant le choix du service (Tableau et graphique n°4).

TABLEAU ET GRAPHIQUE N°1

CRITERES DE NON-CONFORMITES	MOYENNE EN % DES NON-CONFORMITES SUR 6 MOIS
PAS DE DATE DE PRELEVEMENT	4,60%
PAS D'HEURE DE PRELEVEMENT	57,70%
PAS DE NATURE DE PRELEVEMENT	5%
PAS DE RENSEIGNEMENTS CLINIQUES	4,30%
PAS DE NOM DE MEDECIN	4,20%
PAS DE SIGNATURE DU MEDECIN PRESCRIPTEUR	51%
PAS D'ORIGINE DE SERVICE	2%



Remarque : le total des pourcentages est supérieur à 100% car une feuille de demande d'examen peut comporter plusieurs non-conformités.

Deux non-conformités ont un pourcentage supérieur à 50% :


- pas d'heure de PVT (l'importance de remplir ce critère n'est pas compris ou pas pris en compte).
- pas de signature du médecin prescripteur (la feuille de demande d'examen est souvent remplie par les infirmières, plus particulièrement dans les blocs opératoires, le médecin ne signe que s'il rédige la D.E. lui même .


Les autres critères ont un pourcentage inférieur ou égal à 6 %, pourcentage acceptable.

TABLEAU N°2

ETUDE DES NON-CONFORMITES PAR SERVICE EN MARS 2007

CRITERES DE NON-CONFORMITE	SERVICES									
	N°1	N°2	N°3	N°4	N°5	N°6	N°7	N°8	N°9	N°10
PAS DE DATE DE PRELEVEMENT	5%	35%	23%	0%	0%	5%	20%	1%	3%	2%
PAS D'HEURE DE PRELEVEMENT	53%	39%	35%	80%	12%	10%	51%	83%	83%	63%
PAS DE NATURE DE PRELEVEMENT	2%	17%	4%	0%	1%	5%	2%	1%	0%	4%
PAS DE RENSEIGNEMENTS CLINIQUES	21%	0%	2%	0%	0%	0%	2%	10%	0%	7%
PAS DE NOM DE MEDECIN	8%	13%	12%	0%	0%	0%	4%	2%	0%	3%
PAS DE SIGNATURE DE MEDECIN PRESCRIPTEUR	72%	44%	39%	52%	49%	38%	51%	60%	14%	54%
PAS D'ORIGINE	13%	22%	2%	0%	3%	0%	0%	0%	0%	1%
FEUILLE DE DEMANDE CORRECTEMENT REMPLIE	2%	22%	27%	0%	27%	5%	12%	0%	3%	2%

 Pourcentage de non-conformités supérieur à 50%

 Meilleur score de feuille correctement remplie

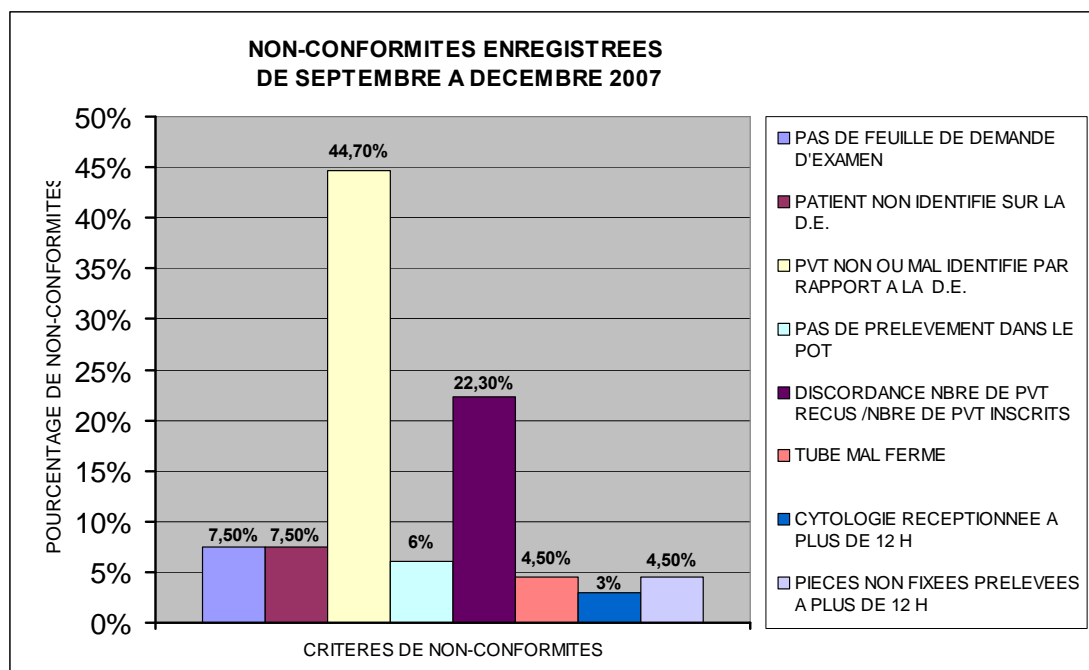
 Blocs opératoires

Dans la plupart des services, ce sont les deux même non-conformités qui ont un pourcentage élevé : l'absence d'heure de prélèvement et de signature du médecin prescripteur.

Le service N°5 est le seul service et bloc opératoire ayant un pourcentage de 12% de non-conformité sur le critère « pas d'heure de prélèvement », il est donc choisi pour être évalué sur le temps d'acheminement (Tableau et graphique n°4).

TABLEAU ET GRAPHIQUE N°3

CRITERES DE NON CONFORMITES	% DE SEP. A DEC. 2007
PAS DE FEUILLE DE DEMANDE D'EXAMEN	7,50%
PATIENT NON IDENTIFIE SUR LA D.E.	7,50%
PVT NON OU MAL IDENTIFIE PAR RAPPORT A LA D.E.	44,70%
PAS DE PRELEVEMENT DANS LE POT	6%
DISCORDANCE NBRE DE PVT RECUS /NBRE DE PVT INSCRITS	22,30%
TUBE MAL FERME	4,50%
CYTOLOGIE RECEPTIONNEE A PLUS DE 12 H	3%
PIECES NON FIXEES PRELEVEES A PLUS DE 12 H	4,50%



Deux non-conformités ont un pourcentage élevé:

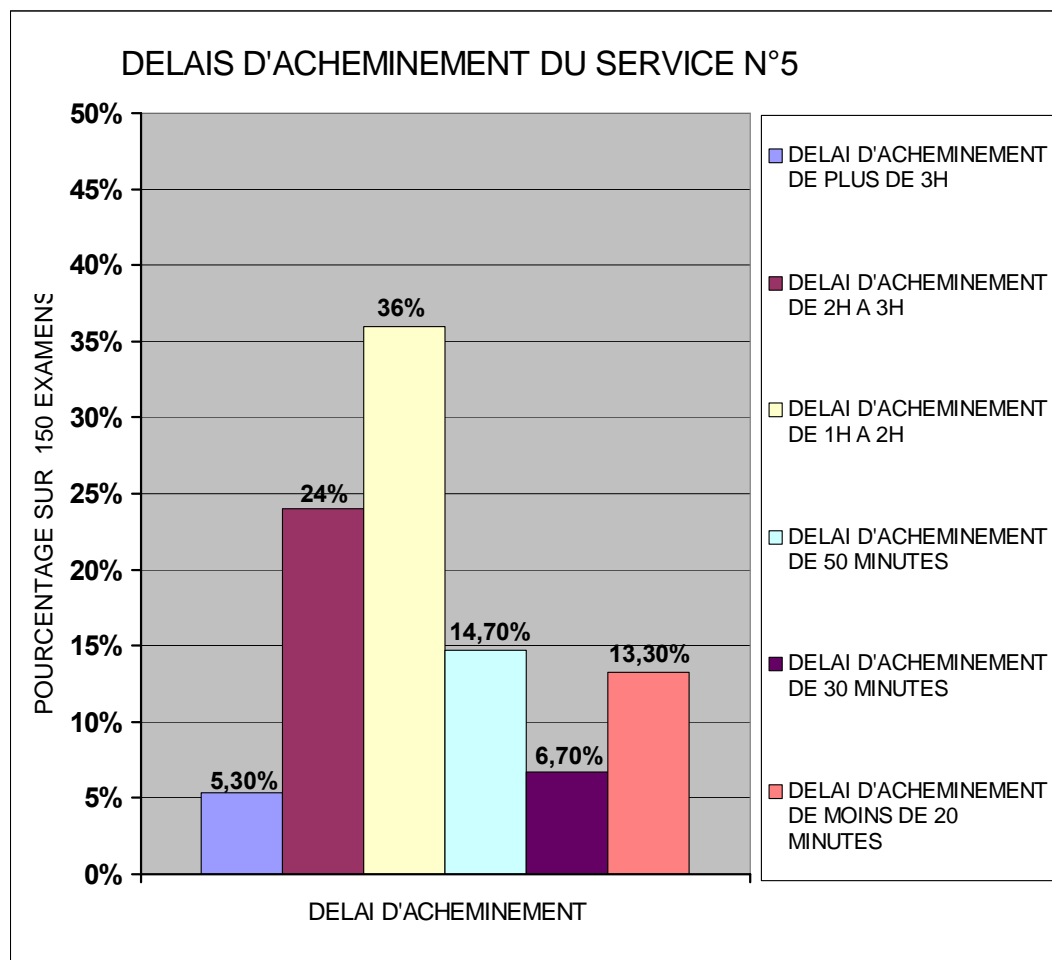
- prélèvement non ou mal identifié **44,70%** : PVT envoyé en urgence ou la vérification n'est pas faite avant l'acheminement par le service clinique
- discordance nombre de PVT reçus par rapport au nombre de PVT inscrits sur la feuille de demande d'examen **22,30%** :

Le chirurgien peut, au cours d'une opération, prélever plusieurs zones suspectes ou plusieurs organes latéralisés déposés dans différents contenants identifiés et il doit retranscrire sur la feuille de demande d'examen la nature et le siège de chaque PVT. Pour les pièces complexes, il peut y avoir discordance entre ce qui est fait et ce qui est écrit (mauvaise retranscription).

Les autres critères ont un pourcentage inférieur ou égal à 8 % et feront l'objet d'études ultérieurement.

TABLEAU ET GRAPHIQUE N°4

DELAI D'ACHEMINEMENT	% SUR 150 EXAMENS
DELAI D'ACHEMINEMENT DE PLUS DE 3H	5,30%
DELAI D'ACHEMINEMENT DE 2H A 3H	24%
DELAI D'ACHEMINEMENT DE 1H A 2H	36%
DELAI D'ACHEMINEMENT DE 50 MINUTES	14,70%
DELAI D'ACHEMINEMENT DE 30 MINUTES	6,70%
DELAI D'ACHEMINEMENT DE MOINS DE 20 MINUTES	13,30%



Le délai d'acheminement des pièces opératoires non fixées du service 5 est compris entre 1h et 3h (environ 60 % des PVT) ce qui est un délai beaucoup trop long. L'hôpital est actuellement en travaux avec un service d'anatomie et cytologie pathologiques difficilement accessible, les PVT sont soit mis en attente pour un seul acheminement, soit amenés au C.A.P. où ils attendent l'heure de passage.

VI.3. Analyses des résultats

Au vu de cette étude, quatre critères de non-conformité ont un pourcentage élevé :

- 57,70% pas d'heure de prélèvement (critère 1)
- 50,90% pas de signature du médecin prescripteur (critère 2)
- 44,70% prélèvement non ou mal identifié (critère 3)
- 22,30 % discordance entre le nombre de prélèvement reçus et le nombre de prélèvements inscrits sur la demande d'examen (critère 4)

Deux non-conformités concernent directement le remplissage de la demande d'examen (1 et 2), les 2 autres (3 et 4) le prélèvement.

Pour les critères 3 et 4, critères particulièrement importants, ces non-conformités font l'objet d'une action curative immédiate pour pouvoir traiter le prélèvement et feront l'objet d'une étude ultérieurement. Le critère 2 est moins important pour le traitement du prélèvement. Le nom du médecin prescripteur étant noté à 95%, le compte- rendu est adressé correctement à son destinataire.

Il est néanmoins nécessaire de prendre en compte de façon globale les non-conformités dans le plan d'actions correctives car seulement 7 % des feuilles de demandes sont correctement remplies.

VI.4. Analyses des dysfonctionnements

Au cours de la collecte des données, il s'est avéré qu'il existe 6 feuilles de demande d'examen différentes (feuilles de demande créées par les services pour certains prélèvements, ancien modèle, utilisation de compte-rendus d'examen ...) avec, selon les modèles, absence de certains champs comme l'heure de prélèvement. L'importance de remplir certains champs sur la feuille de demande d'examen, comme l'item de l'heure de prélèvement, n'a toujours pas été prise en compte par les services cliniques. L'emploi de personnel paramédical intérimaire, pas toujours formés aux procédures locales, peut expliquer ce problème.

A notre niveau, nous n'avons pas de traçabilité informatisée des non-conformités et une traçabilité des retours des prélèvements par les techniciens n'est pas systématiques (photocopie, téléphone au service etc..). Il n'y a pas non plus de plan d'amélioration des actions correctives et de retours d'informations vers les services cliniques.

VII. PLAN D' ACTIONS

En accord avec la cellule qualité du laboratoire, le critère « pas d'heure de prélèvement » est choisi pour étude car :

- c'est le plus fréquent
- il est très important pour la congélation et pour le traitement en paraffine
- il est simple à inscrire sur la feuille de demande d'examen par les services prescripteurs

L'objectif est de faire baisser le pourcentage de cette non-conformité de 58% à 30%.
L'indicateur qualité choisi est le taux de prélèvement avec l'heure indiquée sur la feuille de demande d'examen dont l'objectif à atteindre sera de 70%.

Depuis le début de cette étude, une planification des actions a été nécessaire.

Dans un premier temps, certaines actions correctives ont visé, plus particulièrement, les blocs opératoires, fournisseurs importants de pièces fraîches et fixées. Cependant, le bloc opératoire N° 10 n'est pas choisi car sa feuille de demande d'examen utilisée date de 1976 et est obsolète : l'item « heure de prélèvement » n'y figure pas (critère prioritaire dans cette étude).

CALENDRIER	ACTIONS	ACTEURS
Septembre 2007	Définition de l'objectif qualité 2008 du service	Cellule qualité
Novembre 2007	Appel téléphonique aux cadres des blocs opératoires pour rappel de l'inscription sur la feuille de demande d'examen de l'heure de prélèvement	Technicienne tumorotheque
Décembre 2007	Courrier de rappel des critères de conformités d'un prélèvement aux 3 blocs opératoires principaux (annexe V)	Cellule qualité
Janvier 2008	Présentation du sujet du mémoire et demande de volontaires pour recueil des non-conformités	Equipe des techniciens

CALENDRIER	ACTIONS	ACTEURS
Janvier à mai 2008	Recueil des non-conformités	deux techniciens
Mai 2008	Mise à jour de la feuille de retour de prélèvement pour non-conformité (annexe VI)	deux techniciens
Juin 2008	Réunion avec la commission de la juste prescription: Présentation des non-conformités liées au remplissage des feuilles de demande d'examen, Décision de créer une feuille de demande d'examen unique pour octobre	Médecins cliniques, R.A.Q. et technicienne de la cellule qualité
Août 2008	Création de la nouvelle feuille de demande d'examen unique	le R.A.Q. et technicienne de la cellule qualité
Septembre 2008	Mise à plat et rédaction de la procédure de gestion des prélèvements non conformes	Cellule qualité techniciens médecins
Septembre 2008	Approbation de la nouvelle feuille de demande d'examen unique	Cellule qualité
Octobre 2008	Courrier pour la mise en place de la nouvelle feuille de demande d'examen en novembre et de rappel des critères de conformités à tous les services cliniques	Cellule qualité
Octobre 2008	Création d'une fiche de non-conformité et mise en place d'un enregistrement informatisé (par mots clés)	Référent informatique un technicien
Novembre 2008	Présentation du mémoire	Le service
Novembre 2008	Mise en place de la nouvelle feuille de demande d'examen	Cellule qualité
Décembre 2008	Evaluation des non-conformités de novembre	Deux techniciens

Des actions correctives à long terme devront être planifier pour 2009:

- Réunion d'information et retour d'évaluation des non-conformités vers les services cliniques
- Evaluation régulière des non-conformités
- Mise en place d'un logiciel qualité ARMUR®
- Préparation d'une grille d'auto-évaluation de la gestion des prélèvements non conformes.




VIII. EVALUATION D'UNE ACTION CORRECTIVE CHOISIE

Les deux actions correctives mises en place en novembre et décembre 2007 sont évaluées sur le mois de mars 2008 (mois représentatif de l'activité) pour les blocs opératoires N°1,5 et 8.

L'étude des non-conformités a été étendue aux 7 autres services sur la même période.

ETUDE DES NON-CONFORMITES PAR SERVICE EN MARS 2008

CRITERES DE NON-CONFORMITE	SERVICES									
	N°1	N°2	N°3	N°4	N°5	N°6	N°7	N°8	N°9	N°10
PAS DE DATE DE PRELEVEMENT	3%	54%	18%	0%	3%	14%	38%	0%	0%	5%
PAS D'HEURE DE PRELEVEMENT	12%	50%	54%	95%	7%	14%	71%	56%	90%	77%
PAS DE NATURE DE PRELEVEMENT	3%	14%	13%	2%	2%	3%	12%	0%	4%	3%
PAS DE RENSEIGNEMENTS CLINIQUES	15%	0%	1%	0%	0%	3%	2%	10%	0%	5%
PAS DE NOM DE MEDECIN	4%	18%	18%	10%	3%	8%	8%	0%	2%	10%
PAS DE SIGNATURE DE MEDECIN PRESCRIPTEUR	90%	32%	69%	81%	66%	70%	45%	79%	17%	44%
PAS D'ORIGINE	4%	4%	4%	0%	0%	3%	2%	0%	0%	2%
FEUILLE DE DEMANDE CORRECTEMENT REMPLIE	2%	37%	18%	0%	30%	22%	12%	0%	6%	2%

-  Pourcentage de non-conformités supérieur à 50%
-  Meilleur score de feuille correctement remplie
-  Bloc opératoire

Les tableaux comparatifs des non-conformités de mars 2007 et 2008 des services 1, 5 et 8 montrent une nette diminution de la totalité des non-conformités et notamment sur le critère « pas d'heure de prélèvement » par contre le critère « absence de la signature du médecin prescripteur », montre une augmentation.

SERVICE 1

CRITERES DE NON-CONFORMITE	Mars-07	Mars-08	Indicateur qualité mars-08
Pas de date de prélèvement	5%	3%	97%
Pas d'heure de prélèvement	53%	12%	88%
Pas de nature de prélèvement	2%	3%	97%
Pas de renseignements cliniques	21%	15%	85%
Pas de nom de médecin	8%	4%	96%
Pas de signature de médecin prescripteur	72%	90%	10%
Pas d'origine	13%	4%	96%

SERVICE 5

CRITERES DE NON-CONFORMITE	Mars-07	Mars-08	Indicateur qualité mars-08
Pas de date de prélèvement	0%	3%	97%
Pas d'heure de prélèvement	12%	7%	93%
Pas de nature de prélèvement	1%	2%	98%
Pas de renseignements cliniques	0%	0%	100%
Pas de nom de médecin	0%	3%	97%
Pas de signature de médecin prescripteur	49%	66%	34%
Pas d'origine	3%	0%	100%

SERVICE 8

CRITERES DE NON-CONFORMITE	Mars-07	Mars-08	Indicateur qualité Mars-08
Pas de date de prélèvement	1%	0%	100%
Pas d'heure de prélèvement	83%	56%	44%
Pas de nature de prélèvement	1%	0%	100%
Pas de renseignements cliniques	10%	10%	90%
Pas de nom de médecin	2%	0%	100%
Pas de signature de médecin prescripteur	60%	79%	21%
Pas d'origine	0%	0%	100%

L'objectif de l'indicateur qualité à 70% est atteint sauf pour le service n°8 : il utilise trois feuilles de demande d'examen différentes dont deux n'ont pas l'item « heure de prélèvement » et seules les heures de prélèvement des pièces fraîches sont notées.

IX. PERSPECTIVES ET LIMITES

Cette étude a ses limites car elle met en jeu des facteurs humains. Le remplissage correct de la feuille de demande d'examen est tributaire de l'équipe médicale et paramédicale des services cliniques. Une des solutions à ce problème serait la prescription informatisée mais malheureusement, actuellement mise en attente.

La feuille unique de demande d'examen revue et corrigée par nos soins, pourra, si elle est claire et bien conçue, éliminer certaines non-conformités. Mais il faut cependant que le service A.C.P. ait une gestion des prélèvements non conformes optimale et un enregistrement informatisé des non-conformités.

Pour le problème d'acheminement, nous rencontrons d'énormes problèmes avec le C.A.P. et les coursiers des blocs opératoires. Le message sur l'importance d'acheminer le prélèvement non fixé le plus rapidement possible peut être passé lors de réunions d'information dans les différents services, mais seule la mise en place du pneumatique prévu avec l'ouverture du BPLL en 2010 pourra résoudre ce problème.

Enfin, la création d'un poste de réception et d'enregistrement des prélèvements, suite à notre restructuration, nous permettra d'enregistrer et d'évaluer régulièrement les non-conformités avec des actions correctives mises plus rapidement en place.

X. CONCLUSION

L'étude des non-conformités pour ce D.U. qualité a permis de faire un état des lieux sur la gestion des prélèvements non conformes en phase pré-analytique, une analyse des points forts et des points faibles de chaque acteur du processus et la mise en place d'actions correctives pour diminuer les non-conformités.

Grâce à l'enseignement dispensé lors du D.U. qualité, nous nous sommes aperçus que le mode opératoire de gestion des prélèvements non conformes comportait des lacunes, qu'il fallait le rédiger à nouveau en consensus avec l'équipe médicale et para-médicale.

D'autre part, pour optimiser cette gestion des non-conformités, non-conformités qui demeurent une source potentielle d'erreurs, il faut poursuivre la communication, transmettre une information claire aussi bien interne que transversale, en tenant compte des contraintes inhérentes à chacun, des imprévus que nous rencontrons tous (manque de personnel, travaux...) et mettre en place une traçabilité rigoureuse et informatisée des non-conformités.

La rigueur et l'implication de toutes les catégories professionnelles sont nécessaires pour diminuer les non-conformités et ainsi assurer une meilleure prise en charge du prélèvement du patient (prélèvement unique car il s'agit d'un prélèvement d'organe) et celle de l'examen anatomo-pathologique.

XI. BIBLIOGRAPHIE

- « Recommandations de bonnes pratiques en anatomie et cytologie pathologiques » (R.B.P.A.C.P.) Ann. Pathol 1998; 18: 227- 36
- « Guide de bonne exécution des analyses » (G.B.E.A.) arrêté du 26 novembre 1999 (J.O. du 11/12/1999, 18441-18452) relatif à la bonne exécution des analyses de biologie médicale
- Circulaire N°DGS/SDC/DHOS/EL/DRT/CT1/CT2/2004/382 Ministère de la santé et de la protection sociale. Ministère de l'emploi, du travail et de la cohésion sociale
- Ph.Hubert, Directions des soins et de la qualité C.H. William Morey Carrefour de pathologie 15 novembre 2004
- « Recommandations pour la cryo-préservation de cellules et tissus tumoraux dans le but de réaliser des analyses moléculaires » (A.NA.E.S.) Ann. Pathol, 2001; 2: 184-201

XII. ANNEXES

I- Mode opératoire de gestion des prélèvements non conforme.....	29
II- Feuille de demande d'examen	34
III- Formulaire de retour de prélèvements pour non conformité	35
VI- Tableau en % des non-conformités des 6 mois de 2007	36
V- Courrier adressé aux chefs de services et cadres des blocs opératoires....	37
VI- Formulaire de retour de prélèvements pour non conformité corrigé.....	38

Service d'Anatomie et Cytologie Pathologiques Pavillon Gustave Roussy-2^{ème} étage Groupe hospitalier Cochin - Saint-Vincent-de-Paul - La Roche Guyon	GESTION DES PRELEVEMENTS NON CONFORMES		
	REFERENCE: EP-M-REC-GES-1	DATE D'APPLICATION: 17/11/ 00	VERSION : 1

OBJET

Ce mode opératoire définit comment traiter les prélèvements qui ne répondent pas aux critères de conformités.

DOMAINE D'APPLICATION

Ce mode opératoire s'applique à tous les prélèvements destinés à une analyse histologique ou cytologique. Les techniciens de laboratoire s'occupant de la réception des prélèvements sont concernés par ce mode opératoire ; ils peuvent, dans certains cas, avoir recours au médecin en charge de l'activité concernant le prélèvement reçu.

SOMMAIRE

- 1) Généralités**
- 2) Critères de conformité**
- 3) Traitement des prélèvements non conformes**

1) Généralités

Tout prélèvement arrivant au service d'anatomie et de cytologie pathologiques doit obligatoirement être contrôlé et répondre à des critères bien définis pour être accepté. Si un seul de ces critères n'est pas satisfait, le prélèvement doit suivre le protocole de traitement des prélèvements non conformes.

	REDACTEUR	VERIFICATEUR	APPROBATEUR: R.A.Q.
Date / Visa	C. Demay		

Service d'Anatomie et Cytologie Pathologiques Pavillon Gustave Roussy-2^{ème} étage Groupe hospitalier Cochin - Saint-Vincent-de-Paul - La Roche Guyon	GESTION DES PRELEVEMENTS NON CONFORMES		
	REFERENCE: EP-M-REC-GES-1	DATE D'APPLICATION: 17/11/ 00	VERSION : 1

2) Critères de conformités

- Feuille de demande d'examen présente et comportant :

- identité complète du patient (étiquette GILDA ou écriture lisible) : nom, prénom ,date de naissance, sexe et **N.I.P.** ou **N.D.A.**
- identification du service demandeur (étiquette code-barre UF),
- identification lisible du médecin prescripteur et signature,
- date du prélèvement et heure du prélèvement,
- nature du prélèvement,
- renseignements cliniques,
- degré d'urgence,

- Prélèvement :

- identifié avec étiquette GILDA (ou écriture lisible),
- même identité que sur la feuille de demande,
- nombre et nature des prélèvements conformes à la feuille de demande,
- identité du patient, nombre et nature des prélèvements conformes aux indications portées sur les cahiers apportés par les coursiers des services et des salles d'opération pour signature de bonne réception.

	REDACTEUR	VERIFICATEUR	APPROBATEUR: R.A.Q.
Date / Visa	C. Demay		

Service d'Anatomie et Cytologie Pathologiques Pavillon Gustave Roussy-2^{ème} étage Groupe hospitalier Cochin - Saint-Vincent-de-Paul - La Roche Guyon	GESTION DES PRELEVEMENTS NON CONFORMES		
	REFERENCE: EP-M-REC-GES-1	DATE D'APPLICATION: 17/11/ 00	VERSION : 1

3) Traitement des prélèvement non conformes

PROBLEME	TRAITEMENT DE L'EXAMEN (OUI / NON)	CONDUITE A TENIR PAR LE TECHNICIEN
PAS DE PRELEVEMENT	NON	RENOI MOTIVE DANS LE SERVICE
PRELEVEMENT NON OU MAL IDENTIFIE	NON	RENOI MOTIVE DANS LE SERVICE
NUMEROTATION OU IDENTIFICATION DES POTS DISCORDANTE A LA FEUILLE DE DEMANDE	NON	RENOI MOTIVE DANS LE SERVICE
PAS DE FEUILLE OU ABSENCE DU SERVICE DEMANDEUR	NON	TELEPHONER AU ADMISSION OU RECHERCHE DANS GILDA
PATIENT NON OU MAL IDENTIFIE	NON	RENOI MOTIVE DANS LE SERVICE
PAS DE DATE ET HEURE DE PRELEVEMENT	OUI	
NATURE DU PRELEVEMENT NON MENTIONNEE	OUI	TELEPHONER DANS LE SERVICE
PAS DE RENSEIGNEMENTS CLINIQUES	OUI	TELEPHONER DANS LE SERVICE
PAS DE NOM DU MEDECIN PRESCRIPTEUR	OUI	TELEPHONER DANS LE SERVICE
PAS DE DATE ET SIGNATURE DU MEDECIN PRESCRIPTEUR	OUI	

	REDACTEUR	VERIFICATEUR	APPROBATEUR: R.A.Q.
Date / Visa	C. Demay		

Service d'Anatomie et Cytologie Pathologiques Pavillon Gustave Roussy-2^{ème} étage Groupe hospitalier Cochin - Saint-Vincent-de-Paul - La Roche Guyon	GESTION DES PRELEVEMENTS NON CONFORMES		
	REFERENCE: EP-M-REC-GES-1	DATE D'APPLICATION: 17/11/ 00	VERSION : 1

Les renvois motivés dans les services demandeurs se font à l'aide du formulaire de retour de prélèvement pour non conformité **F1-EP-P-REC** (annexe III).

L'absence de prélèvement doit faire l'objet d'un appel auprès du service préleveur pour signaler l'anomalie et éventuellement pour permettre au service de poursuivre des investigations plus approfondies.

Dans le cas d'absence de feuille ou de service demandeur il faut appeler les admissions ou utiliser GILDA. Une fois le service identifié, lui téléphoner pour obtenir la feuille de demande remplie correctement. Si pas d'obtention rapide il faut relancer le service.

Si pas de nature du prélèvement ou pas de renseignements cliniques, il faut téléphoner dans le service pour obtenir le renseignement et le signaler sur la feuille de travail.

Pour toute anomalie nécessitant un renvoi motivé, remplir un formulaire de retour des prélèvements non conformes, le photocopier ainsi que la feuille de demande d'examen, les ranger dans la chemise intitulée « Photocopies des feuilles de retour pour non conformité (retour des prélèvements dans les services) » et signaler si possible les différentes étapes de la résolution de cette anomalie.

Pour tout appel téléphonique, noter l'identité de l'interlocuteur, le numéro de poste et l'heure de l'appel.

Se servir de la feuille de travail ne jamais rien noter sur la feuille de demande.

Ne jamais jeter de prélèvement.

Noter sur le cahier de TRANSMISSION DE LA RECEPTION, les tenants et les aboutissements des anomalies.

	REDACTEUR	VERIFICATEUR	APPROBATEUR: R.A.Q.
Date / Visa	C. Demay		

ANNEXE II

DEMANDE D'EXAMEN D'ANATOMIE ET DE CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES

ASSISTANCE PUBLIQUE - HOPITAUX DE PARIS N° d'enregistrement au laboratoire

Date du(des) Prélèvement(s) : _____ à _____ h

IDENTIFICATION DU PATIENT
(Etiquette GILDA)

TRANSMISSION DES RESULTATS

NOM

Nom de jeune fille

Prénom

Date de naissance

Sexe

NDA

NIP

SERVICE ET SALLE (U.H.)

ETIQUETTE ADRESSE

Service demandeur

Nom du médecin préleveur

Téléphone et/ou BIP

Service prescripteur

Nom du médecin prescripteur

Téléphone et/ou BIP

Signature préleveur/prescripteur

Demande(s) particulière(s) :

Examen extemporané

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :

EXAMENS ANATOMO-PATHOLOGIQUES ANTERIEURS date(s), numéro(s) d'enregistrement et résultats, TRAITEMENTS RECUS (radiation, antibiotiques, hormones...)

PRELEVEMENT(S)

NATURE(S) ET SIEGE(S)
(éventuellement identifier les différents réipients)

SCHEMA SOMMAIRE DES LESIONS

FIXATEUR UTILISE : FORMOL

AUTRE LEQUEL ?

AUCUN

CADRE RESERVE AU SERVICE D'ANATOMIE ET DE CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES

REÇU LE

à -- H --

COTATION :

NBRE DE RECIPIENTS :

NBRE DE LAMES POUR CYTOLOGIE :

CONGELATION à -- H --

MILIEUX SPECIAUX : LEQUEL?

MICROSCOPIE ELECTRONIQUE

PHOTOGRAPHIE(S) MACROSCOPIQUE(S)

ANNEXE III

SERVICE D' ANATOMIE ET DE CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES PAVILLON GUSTAVE ROUSSY-2^{EME} ETAGE GROUPE HOSPITALIER COCHIN - SAINT-VINCENT-DE-PAUL - LA ROCHE GUYON	FORMULAIRE DE RETOUR DE PRELEVEMENT POUR NON-CONFORMITE F1-EP-P-REC
---	--

**SERVICE CONCERNE :
IDENTITE PATIENT :**

LE :

PRELEVEMENT :

- PAS DE PRELEVEMENT
- PRELEVEMENT NON OU MAL IDENTIFIE
- NUMEROTATION OU IDENTIFICATION DES POTS DISCORDANTE A LA FEUILLE DE DEMANDE

FEUILLE DE DEMANDE :

- PAS DE FEUILLE
- PATIENT NON OU MAL IDENTIFIE
- PAS DE DATE ET HEURE DE PRELEVEMENT
- NATURE DU PRELEVEMENT NON MENTIONNEE
- PAS DE RENSEIGNEMENTS CLINIQUES
- PAS DE NOM DU MEDECIN PRESCRIPTEUR
- PAS DE DATE ET SIGNATURE DU MEDECIN PRESCRIPTEUR
- AUTRES ANOMALIES :

NOM DU TECHNICIEN ET SIGNATURE DU TECHNICIEN (TEL : 54321) :

ANNEXE IV

TABLEAU DE RELEVES DES NON-CONFORMITES SUR 6 MOIS

MOIS 2007 CRITERES DE NON-CONFORMITE	JANVIER	MARS	JUN	SEPTEMBRE	OCTOBRE	NOVEMBRE	MOYENNE
PAS DE DATE DE PRELEVEMENT	4,60 %	4,20 %	2,80 %	5,60 %	5,60 %	5 %	4,60 %
PAS D'HEURE DE PRELEVEMENT	50,90 %	49,20 %	55,50 %	57,90 %	71,20 %	49,70 %	57,70 %
PAS DE NATURE DE PRELEVEMENT	3,40 %	1,80 %	3,60 %	3,80 %	5,80 %	3,50 %	4,70 %
PAS DE RENSEIGNEMENTS CLINIQUES	3,30 %	4,80 %	3,80 %	4 %	6,10 %	3,80 %	4,30 %
PAS DE MEDECIN PRESCRIPTEUR	3,30 %	3 %	3,50 %	4 %	5,90 %	5,50 %	4,20 %
PAS DE SIGNATURE DE MEDECIN	51,60 %	42,10 %	45,60 %	50 %	61,70 %	54,30 %	50,90 %
PAS D'ORIGINE	3 %	2 %	1,30 %	1,30 %	2,80 %	2,30 %	2,10 %
FEUILLE DE DEMANDE CORRECTEMENT REPLIE	6,60 %	5,10 %	5,70 %	5,30 %	6,70 %	4,30 %	6,60 %

ANNEXE V

Courrier de rappel des critères de non-conformités

GROUPE HOSPITALIER COCHIN
SAINT-VINCENT-DE-PAUL
27 rue du Fg Saint-Jacques
75679 PARIS CEDEX 14
Standard : 01 58 41 41 41

Le 03/12/2007

A L'ATTENTION DES CHEFS DE SERVICE ET DES CADRES DES BLOCS OPERATOIRES

**SERVICE CENTRAL
D'ANATOMIE ET DE CYTOLOGIE
PATHOLOGIQUES**

Chef de Service

**Pr M.C. VACHER-LAVENU
Professeur des Universités
Praticien Hospitalier**

Adjoints

**Pr B. TERRIS
Professeur des Universités
Praticien Hospitalier**

Dr M. TULLIEZ

**Maître de Conférence des Universités
Praticien Hospitalier**

Maîtres de Conférence des Universités
Praticiens Hospitalier

**Dr C. DEPINAY-DHELLEMMES
Dr P. LE FLOCH-PRIGENT
Dr F. TISSIER
Dr A. VIEILLEFOND**

Praticien Hospitalier

**Dr S. ARKWRIGHT
Dr F. BEUVON**

Assistant Hospitalier Universitaire

**DR F. LAROUSSERIE
DR V. AUDARD**

Attachés

**Dr M. TRILLER
Dr A. CARLOTTI
Dr E. CHAMBON
Dr G. DUVERNY-TERRASSE
Dr A. LE CAE
Dr M. LE CHARPENTIER
Dr Z. MAKHLOUF
Dr F. PLANTIER
Dr B. ROYER**

Cadre Supérieur Médico-Technique
Mme C. GOMMICHON

Secrétariat médical : 01 58 41 14 71/14 8
Télécopie : 01 58 41 14 80

E.mail : anapath.secretariat@cch.ap-hop-paris.fr

RAPPEL : REGLES D'ACHEMINEMENT INDISPENSABLES A LA PRISE EN
CHARGE DES PRELEVEMENTS ANATOMOPATHOLOGIQUES
FRAIS (NON FIXES AU FORMOL) ET FIXES.

➤ Acheminement des pièces opératoires fraîches :

**par le coursier du service sans aucun délai et sans
passer par le CAP** pour garantir un délai le plus court possible
entre exérèse et congélation en **biothèque** afin de préserver
ADN et ARN.

➤ Feuille de demande d'examen à joindre au prélèvement :

- utiliser **feuille jaune réf : B1 311 bis** en stock au
magasin hôtelier GH Cochin
- remplir impérativement les champs suivants à l'endroit
prévu :
 - date et heure de prélèvement ⁽¹⁾
 - étiquette GILDA du patient ⁽²⁾
 - étiquette service demandeur ⁽²⁾
 - nom et signature du médecin prescripteur et/ou préleveur ⁽²⁾
 - demande particulière ⁽³⁾
 - renseignements cliniques
 - nature du prélèvement, étiquetage précis des pots.

➤ Copie du formulaire d'information signé par le patient
à joindre au prélèvement :

obligatoire pour conservation des prélèvements
en tumorotheque à visée scientifique.

➤ En cas de non respect de ces consignes, les prélèvements
vous seront renvoyés pour non-conformité.

1): le délai de congélation doit impérativement être déterminé
pour la conservation en tumorotheque et l'évaluation de la
qualité du prélèvement ainsi que le temps de fixation
pour des prélèvements urgents .

2): pour éviter toute erreur d'adressage du compte-rendu

3): par exemple : urgence, protocole...

**PIECE JOINTE : FORMULAIRE TUMOROTHEQUE D'INFORMATION AU
PATIENT**

ANNEXE VI

SERVICE D' ANATOMIE ET DE CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES PAVILLON GUSTAVE ROUSSY-2^{ÈME} ÉTAGE GROUPE HOSPITALIER COCHIN - SAINT-VINCENT-DE-PAUL	FORMULAIRE DE RETOUR DE PRELEVEMENT POUR NON-CONFORMITE F1-EP-P-REC
--	--

À LAISSER AGRAFER À LA FEUILLE DE DEMANDE APRÈS CORRECTION

SERVICE CONCERNE :

LE :

IDENTITE PATIENT :

PRELEVEMENT

- PAS DE PRELEVEMENT
- PRELEVEMENT NON IDENTIFIE
- DISCORDANCE ENTRE LE NOMBRE ET/OU L'INTITULE DES POTS PAR RAPPORT A LA FEUILLE DE DEMANDE

FEUILLE DE DEMANDE

- PAS DE FEUILLE
- PATIENT NON IDENTIFIE
- DISCORDANCE DE L'IDENTITE DU PATIENT SUR LES PRELEVEMENTS ET LA FEUILLE DE DEMANDE

AUTRES ANOMALIES

NOM ET SIGNATURE DU TECHNICIEN (TEL : 54321) :