

Note au lecteur

« Les mémoires des stagiaires du Diplôme Universitaire » « Assurance Qualité du laboratoire 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 partiel, sans l'accord de l'auteur et du responsable du DU concerné ».

AUTEUR :

MACHADO Gabrielle
Biologiste médical
Laboratoire de Biologie Médicale
Hôpital Claude Galien
Quincy sous Sénart

DIRECTEUR DE MEMOIRE :

ROY Myriam
Biologiste responsable
Laboratoire de Biologie Médicale
Hôpital Claude Galien
Quincy sous Sénart

Remerciements

Je remercie toute l'équipe du laboratoire Claude Galien qui a contribué à ce travail.

Myriam Roy, biologiste coresponsable, qui m'a autorisée à réaliser ce DU et à l'équipe des urgences de l'Hôpital Claude Galien qui a participé à la réalisation de ce projet.

Je remercie les intervenants et participants du DU, qui ont rendu cette année enrichissante en échanges.

SOMMAIRE

GLOSSAIRE	5
ABREVIATIONS	5
I. INTRODUCTION	7
II. CONTEXTE	8
1- Présentation du laboratoire	8
a) L'historique	8
b) Le personnel	8
c) L'activité	8
d) L'assurance qualité au laboratoire	9
2- Intérêt et objectifs	10
a) Le choix du mémoire	10
b) Les objectifs	10
c) Les limites de l'étude	10
III. DEROULEMENT DU PROJET	12
1- Présentation du projet	13
a) Recueil des exigences	13
b) Communication du projet	14
c) Diffusion d'une note de service sur la réalisation d'une prescription conforme	14
2- Préparation du projet	14
a) Gestion des urgences au laboratoire Claude Galien	14
b) Logigramme gestion des urgences	16
c) QQQQCCP et gestion des urgences	17
3- Exécution du projet	18
a) Recueil des données	18
b) Choix des dossiers étudiés	19
c) Objectifs attendus	
d) Enquête réalisée sur les ordonnances	19
4- Résultats	
a) Les délais	20
b) Les heures critiques	22
c) Suivi de l'indicateur qualité	22
d) Résultats de l'enquête sur les ordonnances	24
e) Analyse et interprétation	25
IV. CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES	27
V. BIBLIOGRAPHIE	28
VI. ANNEXES	29

GLOSSAIRE

NF EN ISO 15189 Norme définissant les exigences particulières de qualité et de compétence des laboratoires d'analyses de biologie médicale.

SH REF 02 Règlement particulier de la section humaine 02 : recueil des exigences spécifiques pour l'accréditation des laboratoires de biologie médicale

SH GTA 01 Guide technique d'accréditation en biologie médicale

GBEA Texte réglementant les pratiques professionnelles des laboratoires d'analyses

INDICATEUR QUALITE Donnée objective quantifiée dont l'exploitation permet de faire le point par rapport à un objectif qualité prédéterminé.

LOGIGRAMME Outil de clarification et donc d'amélioration. Il permet de visualiser de façon séquentielle et logique, les actions à mener et les décisions à prendre pour atteindre un objectif

DIAGRAMME DE PARETO Identifier la priorité des problèmes à régler par une représentation en histogramme

QQOQCCP Qui ? Quoi ? Où ? Quand ? Comment ? Combien ? Pourquoi Attitude méthodique qui permet de collecter les données nécessaires et suffisantes pour analyser et rendre compte d'une situation, d'un problème, d'un processus

ABREVIATIONS

GBEA : Guide de **B**onne **E**xécution des **A**nalyses

NF EN ISO 15189 : Norme **F**rançaise et **E**uropéenne **I**nternational **O**rganization for
Standardization

SH GTA : **S**anté **H**umaine **G**uide **T**echnique d'**A**ccréditation

SELAS : **S**ociété d'**E**xercice **L**ibéral par **A**ctions **S**implifiée

RAQ : **R**esponsable **A**ssurance **Q**ualité

LU : Laboratoire d'**U**rgence

LP : Laboratoire de **P**roximité

SAU : **S**ervice d'**A**ccueil des **U**rgences

SRI : **S**ystème de **R**éseau **I**nformatique

CSP : **C**ode de la **S**anté **P**ublique

PAQ : **P**rocédure **A**ssurance **Q**ualité

FNC : **F**iche de **N**on **C**onformité

MO : **M**ode **O**pératoire

P1 à P7 : **P**ostes techniques **1** à **7**

I. INTRODUCTION

Les laboratoires de biologie médicale doivent apporter la preuve de leur niveau de qualité et de compétence vis-à-vis des exigences européennes définies par la Norme NF ISO 15189. La réforme de la Biologie Médicale dictée par l'ordonnance Ballereau de janvier 2010 a rendu l'accréditation des laboratoires obligatoire pour 2016. Le laboratoire Claude Galien est engagé depuis de nombreuses années dans une démarche qualité et pour 2013 il a choisi la voie de l'accréditation partielle.

Le laboratoire est situé au sein d'un établissement de santé et doit répondre aux demandes des différents services de soins. Il a un rôle crucial dans la prise en charge des patients accueillis aux urgences. Une mauvaise gestion entraîne un allongement dans le délai de prise en charge. Nous avons eu dernièrement des réclamations du service des urgences sur les délais de rendu des résultats.

J'ai donc choisi comme sujet de mémoire, de suivre le circuit des urgences au sein de notre laboratoire, du pré analytique jusqu'au rendu des résultats.

La première partie de mon étude a consisté à faire un état des lieux concernant les attentes mutuelles du service des urgences et du laboratoire, pour l'amélioration de la gestion des urgences.

Nous avons, avec la responsable assurance qualité (RAQ), défini et mis en place un indicateur qualité portant sur le délai de rendu des résultats. Les différentes étapes de la prise en charge du prélèvement ont été analysées.

II. CONTEXTE

1- Présentation du laboratoire

a) L'historique

Le laboratoire Claude Galien a été inauguré en 1995 à l'ouverture de l'hôpital privé Claude Galien. L'hôpital fait parti du groupe Générale de Santé, premier groupe privé de soins et services à la santé.

C'est un laboratoire d'urgence au sein de la Société d'Exercice Libéral par Actions Simplifiée (SELAS) Claude Galien dont le plateau technique se situe à Wissous depuis Novembre 2010. Ce multi site est constitué de 17 laboratoires dont 3 laboratoires d'urgences (LU), au sein d'établissements de soins, et de 14 laboratoires de proximité (LP).

b) Le personnel

L'équipe du laboratoire est constituée de 5 biologistes et 26 salariés (voir annexe1).

- 2 biologistes responsables,
- 3 biologistes médicaux dont 1 à mi-temps,
- 14 techniciens polyvalents dont trois techniciens de nuit,
- 8 secrétaires dont 1 secrétaire comptable,
- 1 infirmière préleveuse.

c) L'activité

Le laboratoire est polyvalent, il effectue les analyses de :

- biochimie,
- hématologie,
- immuno-hématologie,
- hémostase,

- bactériologie (examens directs de liquides de ponctions, d'urines et de liquides gastriques).

Il fonctionne 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24.

La continuité du service est assurée par un technicien de garde et un biologiste d'astreinte.

Les horaires d'ouverture au public sont : - du lundi au vendredi de 7h30 à 20h
- le samedi de 7h30 à 14h.

Le laboratoire prend en charge les analyses des patients de l'établissement de soins (hospitalisés, ambulatoires, service d'accueil des urgences (SAU), angiographie) et de la clientèle directe (ville et consultations de l'hôpital).

L'hôpital privé Claude Galien dispose d'une capacité d'accueil de 289 lits.

Son activité repose sur plusieurs pôles:

- la chirurgie générale et orthopédique,
- la prise en charge coordonnée et complète du cancer,
- la cardiologie, avec un service d'angiocoronarographie et une unité de soins intensifs en cardiologie,
- la maternité qui dispose d'un service de néonatalogie,
- un SAU,
- l'hémodialyse.

d) L'assurance qualité au laboratoire

Le management de la qualité est assuré par une équipe constituée des biologistes, d'une technicienne responsable assurance qualité (RAQ) et d'une technicienne responsable technique.

Ses objectifs sont :

- de garantir la fiabilité des résultats de biologie médicale,
- d'assurer la qualité de la prestation médicale dispensée par le laboratoire.

Ces objectifs de qualité sont établis dans l'intérêt du patient.

2- Intérêts et objectifs

a) Le choix du mémoire

Le laboratoire a un contrat implicite avec le service des urgences afin de rendre les résultats des patients dans l'heure qui suit la réception des prélèvements au laboratoire. Ce délai est défini dans notre procédure de gestion de l'urgence (voir annexe 2, procédure assurance qualité (PAQ) 42), rédigée selon le guide de bonne exécution des analyses (GBEA). Dernièrement, nous avons eu des réclamations du chef de service concernant le délai de rendu des résultats qui n'était pas respecté. J'ai donc décidé de porter mon travail sur l'amélioration de la gestion des prélèvements du service des urgences au laboratoire Claude Galien, afin de satisfaire l'attente de notre client.

b) Objectifs de l'étude

L'objectif principal de ce travail est l'amélioration de la gestion des prélèvements urgents.

Les objectifs secondaires permettant d'atteindre ce but sont :

- d'identifier les délais critiques dans la gestion des prélèvements urgents,
- de faire participer le personnel à la démarche qualité,
- de redéfinir les exigences respectives des deux parties (SAU/laboratoire),
- de vérifier le respect de ces exigences,
- de mettre en place des actions pour améliorer la prise en charge de l'urgence,
- d'obtenir la satisfaction du client.

c) Limites de l'étude

Les difficultés ont été observées avec :

- le service des urgences

- ✓ au niveau pré analytique : erreur d'identification du patient, absence d'heure de prélèvement, absence d'identification du préleveur et/ou prescripteur et l'absence de renseignements cliniques ;
- ✓ au niveau post analytique, la communication des résultats par fax n'est pas optimum (problèmes de réception de fax, de distribution des résultats au sein du service) et les appels téléphoniques ne sont pas toujours possibles (service injoignable).

- le laboratoire

- ✓ au niveau pré analytique : heures de réception absentes, délai trop long entre réception/saisie, défaut de vérification de la concordance ordonnance/prélèvement ;
- ✓ au niveau analytique : délai trop long entre saisie/validation technique, problème de contrôle technique des prélèvements (hémolyse, caillots détectés tardivement...)
- ✓ au niveau post analytique : délai trop long entre validation technique/communication des résultats.

III. DEROULEMENT DU PROJET

Pour réaliser ce projet, j'ai choisi d'utiliser la roue de Deming (voir figure 1). C'est un outil qualité permettant de repérer avec simplicité les étapes à suivre pour améliorer la qualité. La roue de Deming est le principe de base sur lequel reposent toutes les exigences de la norme ISO 15189. Cette dernière est d'ailleurs architecturée selon la spirale d'amélioration continue.

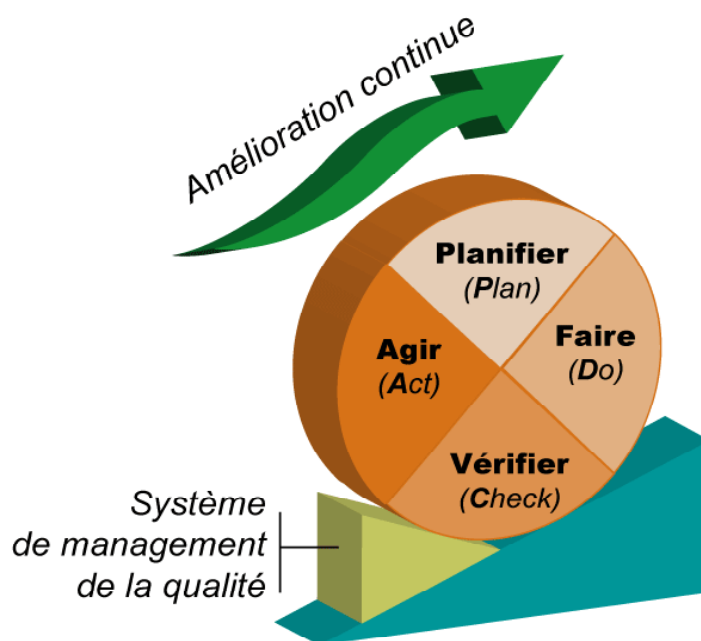


Figure 1: Schéma de la roue de DEMING

- **P** : Planifier, préparer ce qu'il faut faire.
- **D** : Agir, faire, développer, réaliser, mettre en œuvre ce qui a été planifié.
- **C** : Contrôler, vérifier ce qui a été fait.
- **A** : Corriger, ajuster, agir et améliorer ce qui a été fait.

Planifier

1- Présentation du projet

a) Recueil des exigences

Nous avons programmé une réunion, la RAQ et moi même, avec le service des urgences (chef de service, médecins et infirmières). Cette réunion a permis de redéfinir les attentes de chaque partie.

- Les réclamations du service ont porté par ordre d'importance sur :
 - ✓ le délai de rendu des résultats (sur lequel va porter mon étude) ;
 - ✓ la sensibilité de notre automate à l'hémolyse (trop de résultats rendus hémolysés). Le laboratoire a rappelé que l'hémolyse est souvent due à un problème lors du prélèvement, l'interférence produite rendant certains paramètres ininterprétables (potassium, bilirubine...) ;
 - ✓ le nombre important de fax reçu pour chaque patient. Le service des urgences n'étant pas équipé du système de réseau informatique (SRI), par manque d'ordinateur, nous ne pouvons réduire le nombre de fax. C'est notre principal moyen de communiquer les résultats dans le service ;
 - ✓ la pertinence des appels passés aux urgences.

- Le laboratoire quant à lui a demandé aux prescripteurs, de lui fournir des ordonnances conformes (identification patient/préleveur, heures de prélèvement...) (voir annexe 3) et de lui communiquer des éléments cliniques pertinents qui lui permettront de rendre des résultats interprétés (limitant les appels inadaptés) (voir articles L.6211-2 et L.6211-8 du Code de la Santé Publique (CSP)). Il est donc expressément demandé au service prescripteur de renseigner les ordonnances.

b) Communication du projet

La RAQ diffuse à l'équipe du laboratoire, l'état d'avancement et les indicateurs mis en route pour l'amélioration continue de la qualité au laboratoire sous forme de « brèves k-lite ». Ce moyen de communication permet l'implication de l'ensemble du personnel (voir annexe 4).

c) Diffusion d'une note de service sur la réalisation d'une prescription conforme

J'ai mis en place à chaque poste de soins du service des urgences, un document, rédigé par la RAQ, précisant les éléments indispensables à une bonne identification de l'ordonnance et des prélèvements (voir annexe 5).

La demande d'examen doit mentionner à minima: le nom, le prénom, la date de naissance du patient, le sexe, l'identification et la qualité du prescripteur, la nature de la demande, l'identification du préleveur, la date et le type du prélèvement (voir SH GTA 01 en application de la Norme NF EN ISO 15189 et SH REF 02).

2- Préparation du projet

a) Gestion des urgences au laboratoire Claude Galien

Les différents documents associés à la gestion des prélèvements urgents au sein de notre laboratoire sont définis par notre GBEA. La procédure gestion de l'urgence se déroule de la façon suivante :

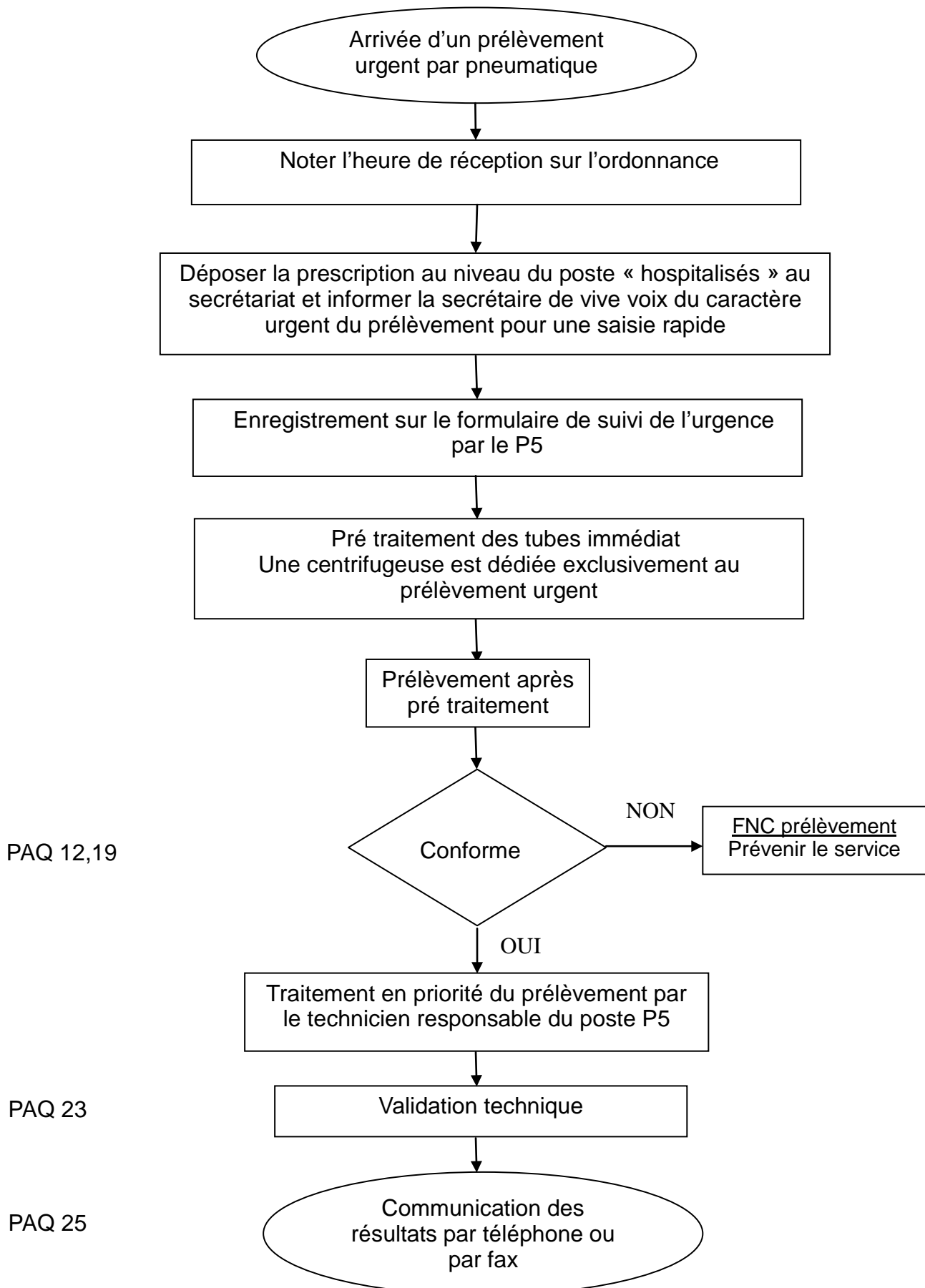
- tout prélèvement effectué au SAU arrive par pneumatique. Il est géré par le technicien responsable du poste technique 5 (P5) (voir annexe 6).
- un suivi de toutes les urgences sera tracé sur un formulaire de « suivi de l'urgence », comportant l'heure d'accueil du dossier et l'heure de rendu des résultats (voir annexe 7).
- pour toute demande d'analyses urgentes, le technicien doit, avant la validation biologique, imprimer un aperçu des résultats et apposer un tampon « en attente de validation biologique » puis faxer le compte rendu (voir annexe 2, PAQ 23).

- tout prélèvement urgent doit être traité en priorité. Le délai maximum pour rendre un bilan est de 1 heure (entre l'heure de réception du dossier et l'heure d'envoi du résultat).
- si la personne du P5 doit s'absenter, une transmission sera faite à un autre technicien qui, lui, sera en charge de terminer l'urgence en cours jusqu'à la communication finale des résultats.
- pour tout résultat téléphoné, une traçabilité informatique est obligatoire (voir annexe 2, formulaire traçabilité de résultats téléphonés, PAQ 25).
- tous les formulaires d'urgence, qu'ils aient été faxés ou téléphonés, sont à ranger dans les bacs journaliers et à conserver une semaine.
- tout prélèvement non conforme (hémolysé, coagulé, mal rempli, en quantité insuffisante) sera :
 - ✓ soit rejeté puis dans la mesure du possible reprélevé (voir annexe 2, formulaire critère d'acceptation d'un échantillon, PAQ 19).
 - ✓ soit traité après une dérogation du biologiste (approuvé et signé par le biologiste présent).

Dans les 2 cas, une fiche de non conformité (FNC) sera ouverte pour chaque prélèvement non conforme (voir annexe 2, PAQ12).

La prise en charge des bilans urgents est un poste de technicien à part entière.

b) Logigramme gestion des urgences



c) QQQQCCP et gestion des urgences

Afin de définir le problème de mauvaise gestion des prélèvements urgents, j'ai utilisé le **QQQQCCP**.

Cet outil permet de cerner le plus complètement possible une situation

- **Quoi** : délai de rendu des résultats urgents
- **Qui** : plainte du service des urgences concernant la prestation fournie par le laboratoire
- **Où** : service des urgences et laboratoire
- **Quand** : depuis plusieurs mois, chaque jour
- **Pourquoi** : mauvaise gestion des prélèvements urgents,
- **Comment** : suivi des différentes étapes de la gestion des urgences, mise en place d'indicateur qualité

Faire

3- Exécution du projet

a) Recueil des données.

J'ai décidé d'étudier les différentes étapes de la gestion des urgences et de définir des délais acceptables pour chaque étape, le délai entre la réception du prélèvement et la communication du résultat devant être de 1 heure. Les bilans des urgences sont le plus souvent composés d'une numération sanguine, d'un bilan d'hémostase d'un ionogramme avec un bilan cardiaque, inflammatoire et hépatique.

Pour cela, j'ai relevé :

- l'heure de prélèvement notée sur l'ordonnance par le préleveur
- l'heure de réception au laboratoire, notée par le technicien P5
- l'heure de saisie par les secrétaires
- l'heure de validation technique, par le technicien P5
- l'heure de communication des résultats.

J'ai pu recueillir ces informations en visualisant les scans des ordonnances où sont notés les heures de prélèvement et de réception. Les heures de saisie et de validation technique sont récupérées sur notre système informatique.

L'heure de fax est extrapolée avec l'heure d'impression de la visualisation du compte rendu obtenue aussi sur le mode traçabilité du système informatique. On suppose alors que le compte rendu une fois imprimé est de suite faxé.

Pour les examens directs de bactériologie, je n'ai pas d'heure de validation technique. Les résultats de l'examen direct sont faxés sans saisie informatique, et scannés dans le dossier du patient (voir annexe 8, formulaire résultats de bactériologie urgents). L'heure de fax est obtenue avec le rapport d'émission.

b) Choix des dossiers étudiés.

Nous avons sélectionné des dossiers provenant du service des urgences à des heures critiques.

- le matin entre 7 et 10 heures : pendant ce créneau horaire, la technicienne est seule et gère le passage des contrôles de qualité. Elle reçoit par ailleurs les prélèvements des services de réanimation polyvalente, soins intensifs, unité de soins cardiologie et cardiologie. Les résultats de ces bilans devant être rendus dans les services pour 10 heures, heure de visite des médecins.
- aux alentours de midi où une équipe part déjeuner et transmet les bilans en cours à l'équipe restant sur place.
- vers 17 heures, où le laboratoire reçoit les patients entrant du jour, en vue d'une hospitalisation.
- vers 21 heures, heure de prise de service de la technicienne de nuit
- vers minuit, heure de sauvegarde et de lancement de certaines maintenances par la technicienne de nuit.

c) Objectifs attendus

L'indicateur qualité mis en place est le pourcentage de bilans urgents rendus dans l'heure. L'objectif fixé est que l'indicateur atteigne 85%. Les délais suivants ont été étudiés :

- délai D: entre la réception du dossier et la communication des résultats, le délai doit être inférieur à 1 heure

Nous nous sommes fixés des délais acceptables pour chaque étape de traitement des bilans.

- délai 1 : entre le prélèvement et la réception le délai doit être inférieur à 10 minutes.
- délai 2 : entre la réception du prélèvement au laboratoire et la saisie du dossier, le délai doit être inférieur à 15 minutes.
- délai 3 : entre la saisie et la validation technique, le délai doit être inférieur à 40 minutes.

- délai 4 : entre la validation technique et la communication des résultats, le délai doit être inférieur à 5 minutes.

d) Enquête réalisée sur les ordonnances.

Durant un mois, entre mi juillet et mi août, j'ai vérifié l'ensemble des ordonnances et relevé les éléments manquants (voir annexe 9).

Contrôler et ajuster

4- Résultats

a) Les délais

- délai 1 : Pour suivre ce délai, nous avons besoin de l'heure de prélèvement et de l'heure de réception. Ces deux informations ne sont pas toujours renseignées. Le délai de 10 minutes est dépassé dans 58% des dossiers en juillet et 66% en août (voir figure 2). Il peut atteindre plus de 45 minutes (voir figure 3).

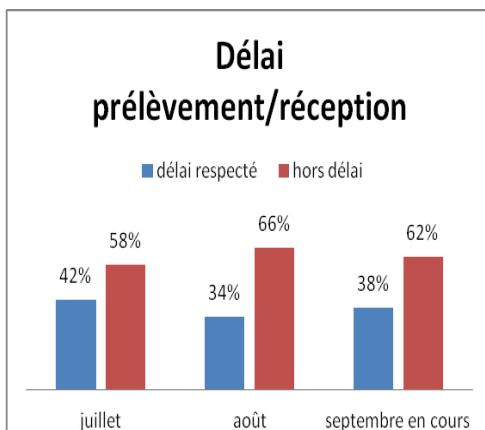


Figure 2 : Résultats obtenus pour le délai prélèvement/réception

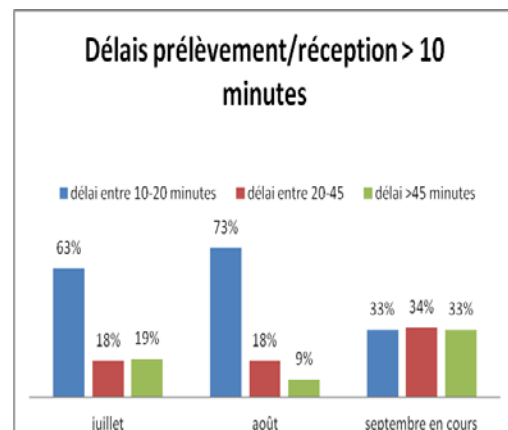


Figure 3 : Résultats > 10 minutes pour le délai prélèvement/réception

- délai 2 : L'heure de réception n'est pas notée par tous les techniciens. En effet, cette information manquait dans 3% des cas en juillet et 8% en août.

L'heure de réception a dans ces cas été extrapolée avec l'heure de saisie. Le délai de 15 minutes est dépassé dans 17% des cas en juillet et 12% en août (voir figure 4). 20% des hors délais observés en août sont compris entre 30 et 45 minutes (voir figure 5).

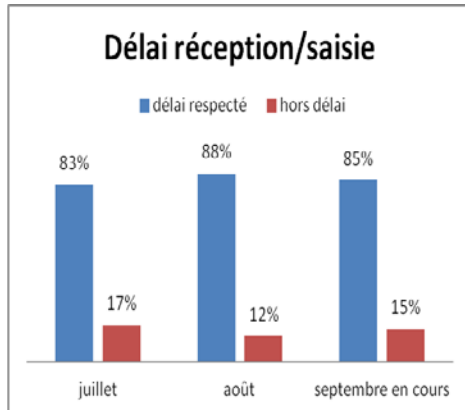


Figure 4 : Résultats obtenus pour le délai réception/saisie

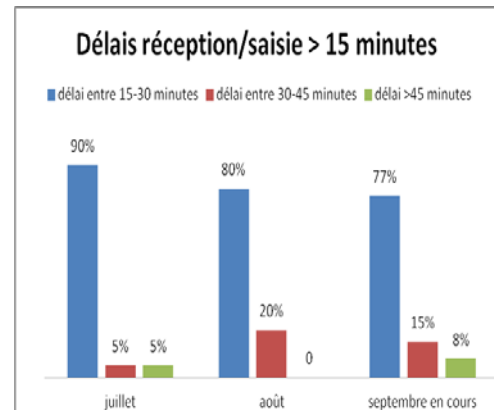


Figure 5 : Résultats > 15 minutes pour le délai réception/saisie

- délai 3 : Le délai entre l'heure de saisie du dossier et l'heure de validation de 40 minutes n'est pas respecté dans 30% des cas en juillet et 33% en août (voir figure 6). Environ 50% de ces hors délais sont compris entre 50 minutes et 1 heure (voir figure7).

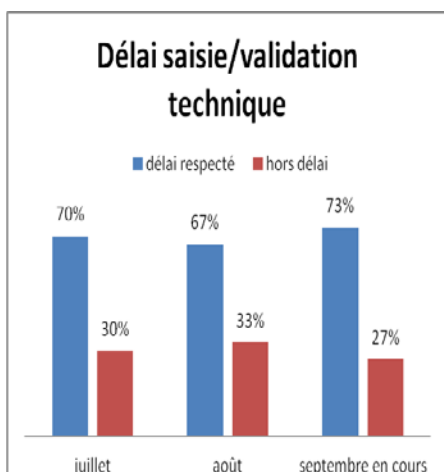


Figure 6 : Résultats obtenus pour le délai saisie/validation technique

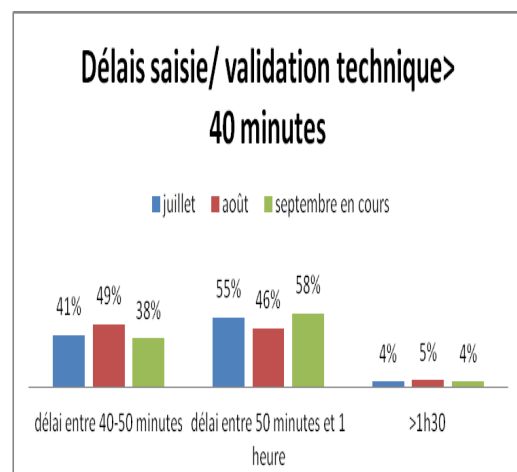


Figure 7 : Résultats > 40 minutes pour le délai saisie/validation technique

- délai 4 : Le délai entre l'heure de validation technique et l'heure de communication des résultats de 5 minutes est respecté dans plus de 90%

des cas en juillet et août (voir figure 8). Ce délai est supérieur à 30 minutes pour 16% des hors délais en juillet (voir figure 9).

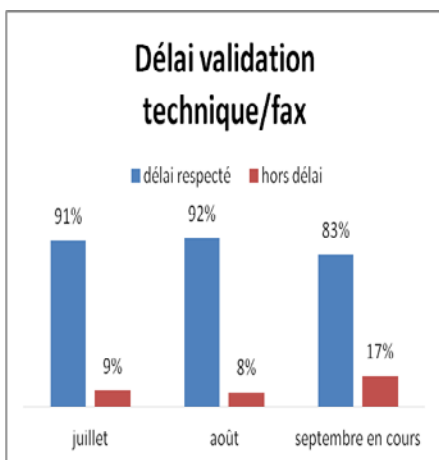


Figure 8 : Résultats obtenus pour le délai validation technique/fax

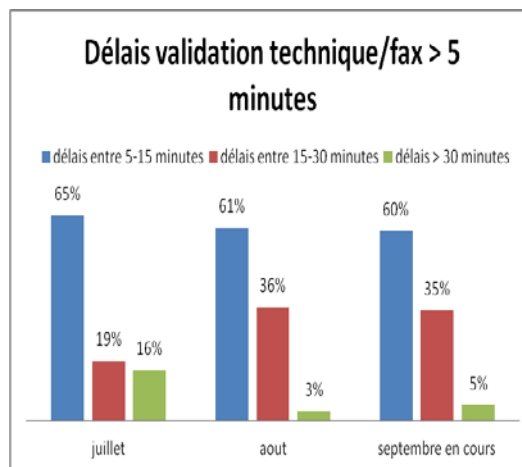


Figure 9 : Résultats > 5 minutes pour le délai validation technique/fax

b) Les heures critiques

L'utilisation du diagramme de Pareto a permis de mettre en évidence les trois créneaux horaires responsables de 80% des retards de rendu de résultats urgents. Les heures critiques sont le matin lors de la réanimation (39% des résultats rendus hors délais), le midi (26% des hors délais) et lors de l'arrivée des entrants du jour (voir figure 10). C'est donc sur ces trois horaires qu'il faut agir pour obtenir une amélioration.

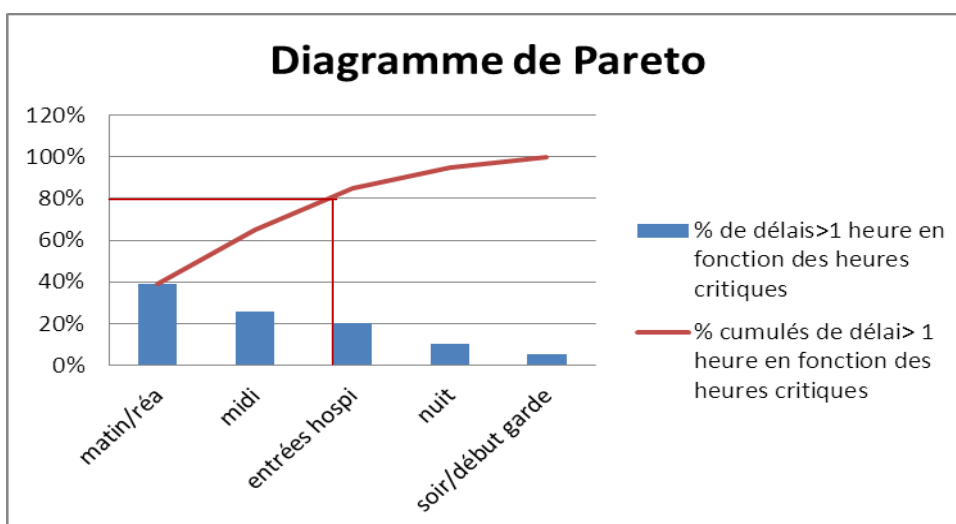


Figure 10 : Bilans hors délai et heures critiques

c) Suivi de l'indicateur qualité mis en place

Entre juillet et août, nous sommes passés d'environ 70% de bilan rendus dans l'heure à 78% (voir figure 11).

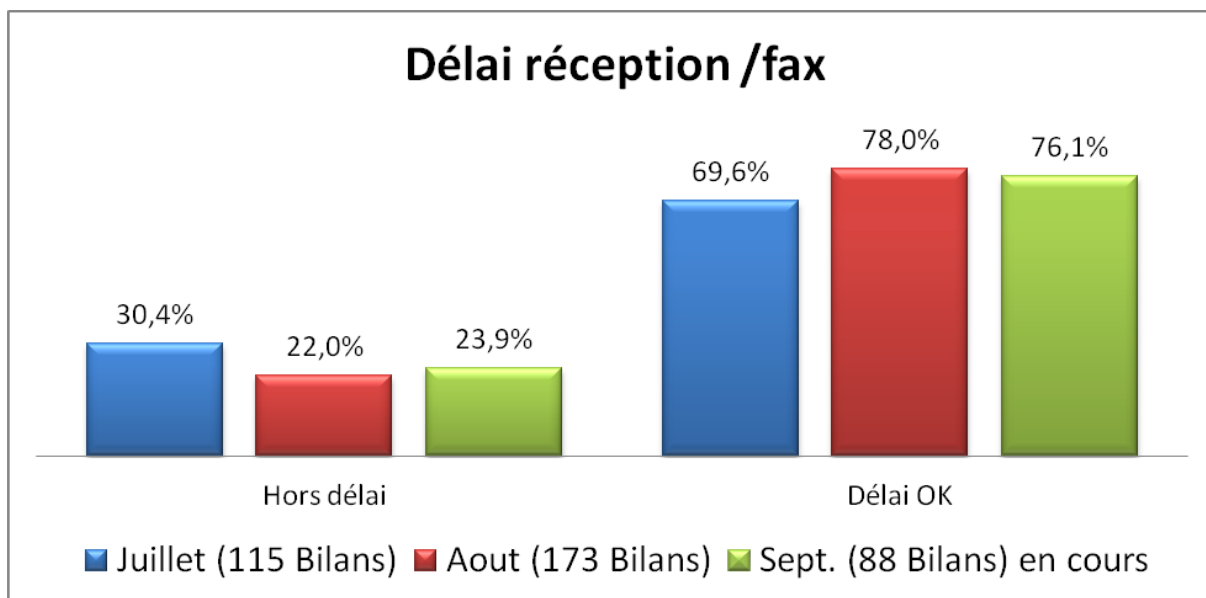


Figure 11: Résultats obtenus pour le délai réception/ fax

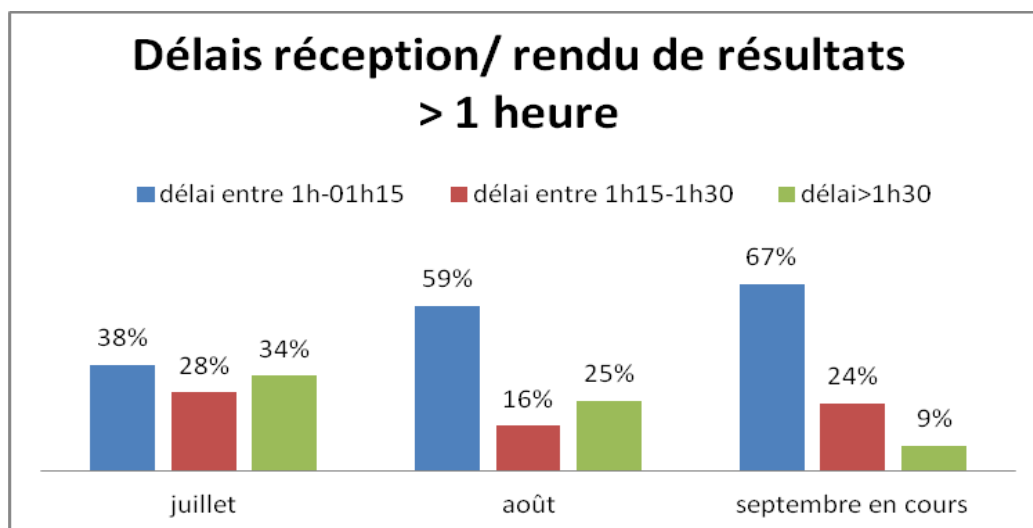


Figure 12: Résultat > 1 heure pour le délai réception/ rendu de résultats

Les résultats rendus hors délais sont rendus 15 minutes plus tard pour 38% des bilans en juillet et 59% en août (voir figure 12).

d) Résultats de l'enquête sur les ordonnances.

L'analyse a porté sur 629 ordonnances en juillet et 524 en août.

Voici les résultats obtenus (voir figure 13).

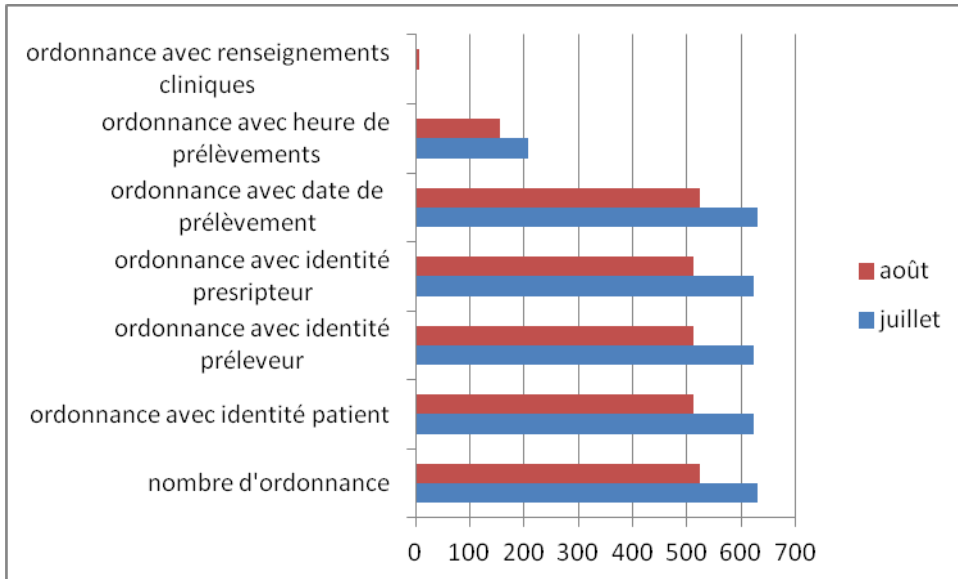


Figure 13: Résultats de l'enquête ordonnance

- le service des urgences identifie bien ses ordonnances avec des étiquettes (identité patients). Les seules ordonnances mal identifiées sont celles dont l'identité était manuscrite. Les noms de jeune fille sont indiqués manuellement lorsqu'une carte de groupe est prescrite.
- les heures de prélèvements sont présentes sur environ 30% des ordonnances.

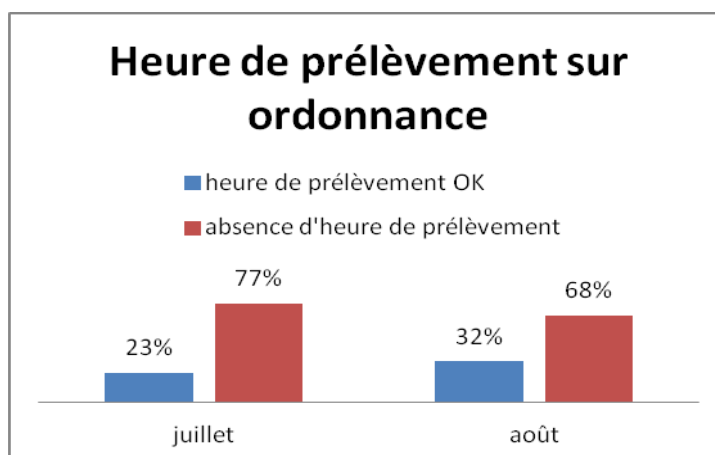


Figure 14 : Pourcentage d'ordonnances avec et sans heure de prélèvement

- les renseignements cliniques ont été indiqués sur 2 ordonnances en juillet soit 0,2% et 7 en août soit 1,3% des ordonnances.
- un nouveau courrier a été envoyé à l'ensemble des prescripteurs et des surveillants des différents services ainsi qu'à la RAQ de l'établissement de soin. Il rappelle les exigences concernant les prescriptions (voir annexe 10).

e) Analyse et interprétation

Les résultats obtenus ont permis d'identifier différents dysfonctionnements dans la gestion des prélèvements. On distingue que :

- pour le service des urgences ;
 - ✓ les renseignements cliniques et l'heure de prélèvement sont rarement renseignés (23% d'ordonnance avec heure de prélèvement en juillet, 32% en août).
 - ✓ le délai acceptable entre le prélèvement et la réception au laboratoire n'est pas respecté dans environ 60% des cas (58% en juillet et 66% en août) .Il est augmenté car les bilans restent parfois dans le service plus d'une heure avant de parvenir au laboratoire. Un pneumatique permet un envoi direct au laboratoire des bilans, ce délai ne devrait pas être critique.

Au vue des résultats, le service des urgences respecte peu les conditions de la phase pré analytique. Une meilleure sensibilisation est à prévoir.

L'ensemble des résultats de cette enquête va être communiqué au service des urgences.

- pour le laboratoire ;

Le personnel s'est investi dans la mise en place de l'indicateur (% de résultats urgents rendus dans l'heure) ce qui a permis une augmentation de celui-ci d'environ 8% (70% en juillet à 78% en août). En parallèle le pourcentage de bilans rendus en plus d'1 heure 30 a diminué, passant de 34% en juillet à 25% en août.

Le laboratoire peut améliorer la gestion du rendu des résultats en agissant sur les différents délais critiques.

- ✓ le principal délai à améliorer est le temps entre la saisie du dossier et la validation technique. Le délai est supérieur à 40 minutes dans plus de 30% des cas. Parmi ces retards, plus de la moitié sont compris entre 10 et 20 minutes et certains atteignent plus d'1 heure. La phase analytique est la phase critique dans la gestion de l'urgence. Actuellement, l'automate ne peut distinguer les prélèvements urgents. Les analyses sont traitées par ordre chronologique. Cela est en partie responsable des retards observés le matin (39% des cas), où les prélèvements urgents sont traités en même temps que les prélèvements de réanimation. Les retards ne sont pas liés uniquement à l'automate puisqu'en journée, quand l'activité est moindre (midi et entrées d'hospitalisation,..), on a plus de 50% de nos bilans hors délais. Il est prévu de revoir l'organisation du poste P5 afin d'améliorer nos délais de rendus des résultats.
- ✓ Le délai entre la réception et la saisie est respecté dans plus de 80% des dossiers étudiés. Le retard observé est majoritairement inférieur à 15 minutes (environ 90% des cas). De même, le délai entre la validation technique et la communication des résultats est respecté dans 90% des cas. La majorité des retards est inférieur à 10 minutes (environ 60 % des bilans). Bien que ces résultats soient satisfaisants dans l'ensemble, on observe des retards importants pouvant aller à plus de 45 minutes entre la réception et la saisie et plus de 30 minutes entre la validation technique et le fax.

Au vue de ces résultats, une sensibilisation du personnel est prévue. Ces résultats ont été communiqués dans les « brèves k-lite » d'août et septembre 2011 (voir annexe 11 et 12).

Le suivi de l'indicateur tout au long de l'année va nous permettre de vérifier que nous répondons à l'exigence principale du service des urgences. L'objectif fixé est que l'indicateur atteigne 85%.

IV. CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES

L'objectif de cette étude est l'amélioration de la gestion des prélèvements du service des urgences. J'ai mis en place un indicateur qualité défini par le pourcentage de bilans urgents rendus en moins d'une heure après réception au laboratoire.

Les résultats de cet indicateur montrent une amélioration globale dans les rendus de résultats.

Bien que ces résultats soient encourageants, ils sont limités par une phase pré analytique peu respectée par le service des urgences, et une phase analytique qui est la principale cause de retard au sein du laboratoire.

Des actions d'amélioration ont été planifiées et vont être réalisées :

- un nouveau manuel de prélèvement est en cours de rédaction, les conditions pré analytiques y seront détaillées (délai de stabilité ...). Il va permettre de sensibiliser le service à la phase pré analytique ;
- une enquête sur la conformité des prélèvements reçus au laboratoire est prévue (identification des échantillons, nombre de prélèvements hémolysés, nombre de mauvais tubes prélevés...)
- pour améliorer le délai entre la saisie du dossier et la validation technique, nous allons utiliser des racks « urgents » pour notre chimie, les tubes urgents seront ainsi traités en priorité ;
- deux nouveaux techniciens arrivent en octobre, ce qui va permettre une réorganisation de la technique et une optimisation du poste dédié aux urgences ;
- des enquêtes ordonnance vont être régulièrement réalisées dans les différents services de soins pour vérifier que le courrier identitovigilance est bien respecté.
- d'autres indicateurs qualité sont suivis (nombre de pannes automates, nombre de contrôles qualité externes hors limites acceptables, indicateurs de délai de rendu de bilans non urgents...).

L'ensemble des actions planifiées et menées permet l'implication du personnel dans la démarche qualité et l'amélioration continue de la qualité au sein du laboratoire Claude Galien.

Ce DU m'a permis de me familiariser avec les outils de la qualité, de mettre en place un indicateur qualité, de le suivre et de planifier des actions d'amélioration.

V. BIBLIOGRAPHIE

TEXTES OFFICIELS :

« Guide de Bonne Exécution des Analyses de biologie médicale » paru au journal officiel du 11 décembre 1999.

Norme NF EN ISO 15189 relative aux exigences particulières concernant la qualité et la compétence dans les laboratoires d'analyses de biologie médicale.

Recueil des exigences spécifiques pour l'accréditation des laboratoires de biologie médicale SH REF02 Septembre 2010

Guide technique d'accréditation en biologie médicale SH GTA001 Mai 2011

Articles. L6211-2 et L6211-8 du Code de la Santé Publique

SITES INTERNET :

www.legifrance.gouv.fr

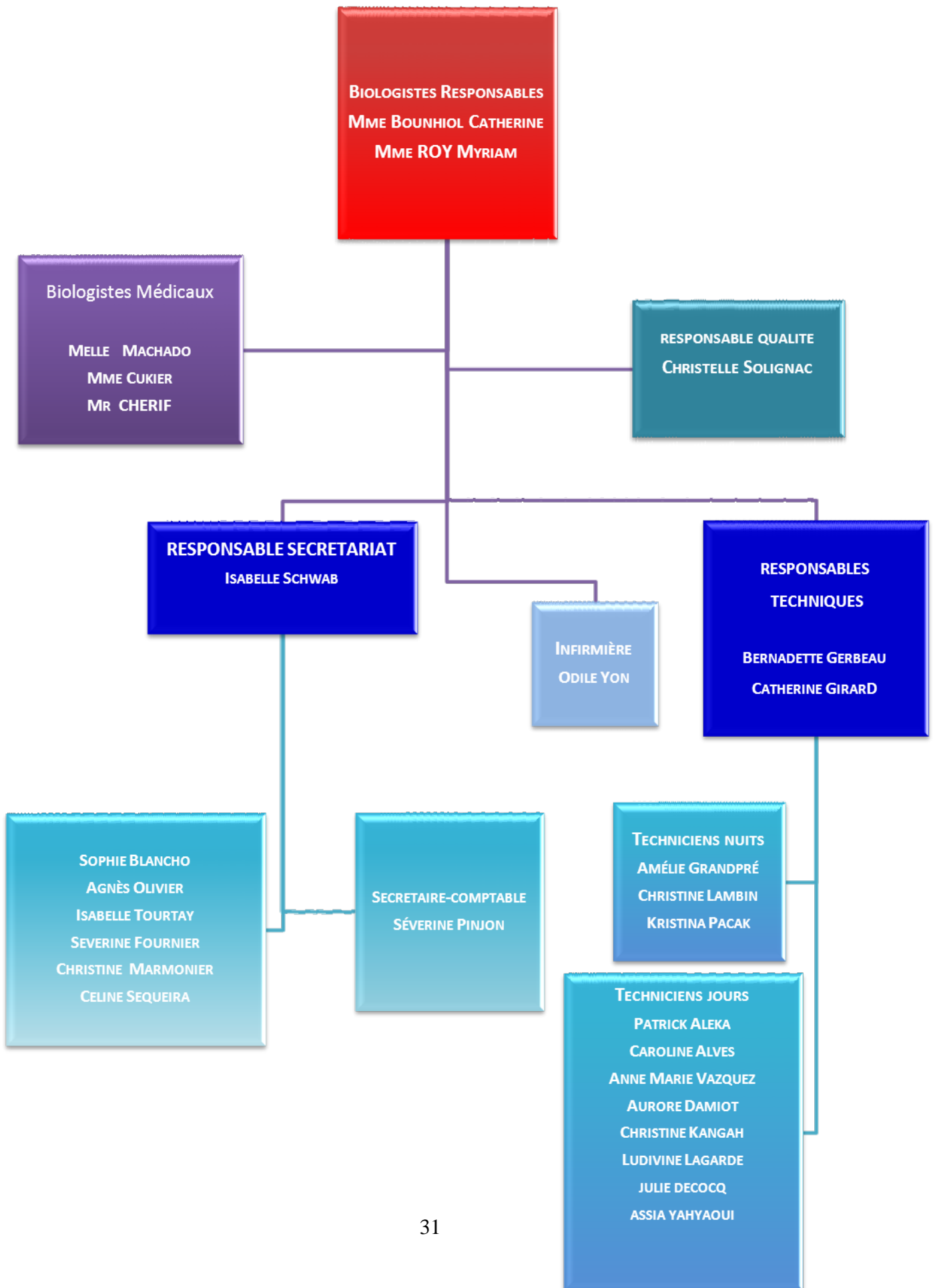
du-qualité-paris6.org

VI. ANNEXES

Annexe I	Organigramme du personnel	30
Annexe II	Procédures et formulaires associés à la Gestion des urgences	32
Annexe III	Ordonnance	34
Annexe IV	Brèves k-lite juillet 2011	36
Annexe V	Note de service: information bonne prescription	38
Annexe VI	Répartition des postes techniques	40
Annexe VII	Formulaire suivi des urgences	42
Annexe VIII	Formulaire de suivi des résultats urgents	43
Annexe IX	Formulaire résultats de bactériologie urgents	46
Annexe X	Courrier identitovigilance	48
Annexe XI	Brèves k-lite août 2011	50
Annexe XII	Brèves k-lite septembre 2011	52

ANNEXE I
ORGANIGRAMME NOMINATIF ET FONCTIONNEL DU
LABORATOIRE CLAUDE GALIEN

Organigramme nominatif et fonctionnel



ANNEXE II
LISTE DES PROCEDURES ET FORMULAIRES ASSOCIES A
LA GESTION DES URGENCES

A / Organisation du laboratoire

- PAQ 42 : Gestion de l'urgence

B/Système qualité

- PAQ 12 : Maitrise du produit non conforme

D/ Phase analytique

- PAQ 19 : Prélèvements : MO1 : critère d'acceptation d'un échantillon

F/ Phase post analytique

- PAQ 23 : Validation technique
- PAQ 25 : Communication des résultats : MO2 : traçabilité des résultats téléphonés

ANNEXE III
ORDONNANCE



**HÔPITAL PRIVÉ
CLAUDE GALIEN**

HEMATOLOGIE

- Groupe Rh 1 et 2 déter
- RAI
- NF, Plaq.
- Plaquettes
- Réticulocytes
- VS
- Recherche schizocytes
- Elec. Hémoglobine
- Coombs direct

PROTEINES SÉRIQUES

- CRP
- Procalcitonine
- Electro. des protéines
- Immunofixation sérique
- Haptoglobine
- Préalbumine
- Albumine
- Transferrine
- BNP
- Fer
- Ferritine
- Coeff. Saturation fer
- HbA1c
- Vit. B12
- Folates sériques
- Folates érythrocytaires
- Récepteur soluble transferrine

IMMUNOLOGIE

- IgG, IgA, IgM
- C3, C4
- IgE
- Ac. antinucléaires
- Ac. antiADNnatif
- Ac. anti-ENA (SSA, SSB, Sm, Sm/RNP, Scl70, Jo1)
- ANCA
- Latex, Waaler Rose
- Ac anti-thyroperoxydase
- Ac anti-thyroglobuline

SÉROLOGIE

- AgHbs
- Ac anti Hbs (Hépatite B)
- Ac anti Hbc (Hépatite B)
- Ac HCV (Hépatite C)
- Ac HAV (Hépatite A)
- Ac HAV IgM (Hépatite A)
- HIV
- CMV IgG + IgM
- Toxoplasmose IgG + IgM
- Rubéole IgG
- BW (syphilis)
- EBV sérologie
- MNI test

URGENT :
NORMAL :

N° hospi : **Étiquette obligatoire**
Nom : _____
Prenom : _____
Date de naissance : _____
Sexe : M F

Bon de laboratoire

BIOCHIMIE SANGUINE

- Iono complet (Na, K, Cl, RA, PROT.)
- Na K Cl
- Urée
- Créatinine
- Glycémie
- Calcium
- Phosphore
- Acide urique
- Magnésium sérique
- Bilan lipidique (Trigly. Chol, HDL, LDL)
- ApoB
- ApoA1

ENZYMOLOGIE

- Bilan cardiaque (ASA I, CPK, LDH)
- Bilan hépatique (ASAT, ALAT, BILL, GGT, PAL)
- ASAT / ALAT
- CPK
- CKMB
- MYOGLOBINE
- Troponine
- LDH
- PAL
- GGT
- Acide lactique
- Amylase
- Lipase

MÉDICAMENTS ET TOXIQUES

- Alcoolémie
- Drogues urinaires (TTC, OPI, COC, AMP)
- Barbiturique (recherche urinaire)
- Benzodiazépines (recherche urinaire)
- Anti-dépresseurs tricycliques (recherche urinaire)
- Paracetamolémie
- Digoxinémie
- Gentallinémie
- Amikacinémie
- Vancomycinémie
- Barbitémie
- Dépakinémie
- Pic
- Résiduel
- Continu

MARQUEURS TUMORAUX

- ACE
- CA 125
- CA 199
- CA 153
- PSA TOTAL
- PSA LIBRE
- B2M (microglobuline)
- AFP

HEMOSTASE

- TP-INR Traitement
- TCA Traitement
- Héparinémie
- Anti - Xa
- Organan
- D. Dimères
- Fibrinogène
- TS (IVY)
- Fact II, V, VII, X
- AT, III
- Protéine C
- Protéine S
- Rés. Prot. C
- Autres :

HORMONOLOGIE

- HCG dosage
- T3L
- T4L
- TSH
- Cortisol
- FSH
- LH
- Prolactine
- Oestradiol
- Progesterone

BIOCHIMIE URINAIRE

- Echantillon
- Volume des 4h =
- Volume des 2h =
- Iono (Na, K, Cl)
- Urée
- Créatinurie
- Glycosurie
- Protéinurie
- Microalbuminurie
- Amylasurie
- Calciurie
- Phosphore
- Magnésium
- Acide urique
- Clairance creat.
- Typage urinaire (= électro urinaire)
- Protéines de Bence Jones

AUTRES

Date : _____
Service : _____
Chambre : _____
Nom du prescripteur : _____
Signature du prescripteur : _____

Fiche de suivi
Prélèvement effectué le : _____
A : _____ h
Par : _____
Nb d'échantillons : _____
Heure réception labo : _____ h
Par : _____

Renseignements cliniques

301-10000-01 (04.03.15.05) - RL - 01.06.09

ANNEXE IV
BREVES K-LITE JUILLET 2011

BREVES K-LITE

Numéro n°16

Bonjour à toutes et à tous,

PRE ANALYTIQUE

Un document a été mis en place au service des urgences ainsi que dans tous les services « préleveur » précisant les éléments indispensables à une bonne identification de la prescription et des prélèvements. (Cf. IN 10-PR 19)

Il est donc indispensable de vérifier si toutes les informations sont présentes avant d'accepter la prescription et/ou les prélèvements.

SYSTEME QUALITE

Un document récapitulatif (Cf. IN 10-PR 02) des différents numéros de téléphone pour joindre le laboratoire a été diffusé dans tous les services de l'hôpital suite à l'ouverture d'une action corrective.

Vous pouvez consulter l'action corrective en cours sur GUESQUAL.

(non-conformité/action corrective/historique des actions/par numéro: N°28/rechercher)

INDICATEUR QUALITE

Un de nos indicateurs qualité est le délai de rendu de résultat urgent. Il est donc impératif de noter sur les ordonnances l'heure de réception des prélèvements et d'insister auprès du service des urgences de noter l'heure de prélèvement.

CONFIDENTIALITE

RAPPEL: Merci à toutes et à tous de respecter les règles de confidentialité au niveau de l'accueil du laboratoire.

LA QUALITE C'EST L'AFFAIRE DE CHACUN

Merci

Christelle

ANNEXE V
NOTE DE SERVICE

POUR UNE IDENTIFICATION PATIENT CONFORME

ORDONNANCE

- Nom, nom de jeune fille
- Prénom
- Adresse / téléphone
- Date de naissance
- Sexe (F ou M)
- Nom et signature du prescripteur

Ou

- Etiquette patient + nom de jeune fille
- Signature du prescripteur

+

- Date et heure du prélèvement
- Identification du préleveur (initiales)
- Renseignement cliniques (pathologies connues, cause de la venue aux urgences...)
- Traitements (anticoagulant...)

PRELEVEMENT

- Etiquette patient +
Identification préleveur (initiales)

Ou à défaut

- Nom, nom de jeune fille
- Prénom
- Date de naissance
- Sexe (F ou M)
- Date du prélèvement
- Identification du préleveur (initiales)

ANNEXE VI
REPARTITION DES POSTES TECHNIQUES

REPARTITION DES POSTES TECHNIQUES

P1	7h→15,16 h	REA/USIC /SI /Néonat + Saisie des CQ dans URT CHIMIE C501+C111 Gestion des urgences avant l'arrivée du P3
P2	7h→15,16 h	Prélèvements étages + Saisie des CQ dans URT HEMATOLOGIE RUBY/HORIBA – HEMOSTASE
P3	7h→15,16 h	Prélèvements étages IMMUNOLOGIE – E411 / H232 Gestion des urgences avant l'arrivée du P5
P4a	7h→15,16 h	AIDE REA Gestion des transmis bactériologie – WISSOUS Gestion des urines
P4b	11h→20H00	Gestion des transmis sanguins (CERBA – WISSOUS) Gestion des urgences après le départ du P5
P5	« 7H→20H »	Gestion des urgences
P6	11h→20H00	HEMATO-IMMUNOLOGIE - Groupes sanguins et techniques manuelles Prélèvements externes après le départ de l'IDE
P7	11h→20H00	Prélèvements AXA de 14h Transmission des résultats dans les services Prélèvements externes Gestion des commandes reçues

POUR TOUS LES POSTES, PRELEVEMENTS AU LABORATOIRE ET DANS LES ETAGES EN FONCTION DES DISPONIBILITES DE CHACUN
MAINTENANCES REALISEES ENTRE 14 ET 16H00

En cas besoin les coordinatrices répartiront les taches à effectuer en fonction du travail du jour sur l'ensemble des techniciens présents.

ANNEXE VII
SUIVI DE L'URGENCE

SUIVI DE L'URGENCE

NE PAS OUBLIER LE TAMPON « EN ATTENTE DE VALIDATION BIOLOGIQUE »

SERVICE	HEURE APPEL/ARRIVEE PNEUMATIQUE	IDENTIFICATION PATIENT/ETIQUETTE	PAILLASSES LANCEES	HEURE FAX	VISA TECH	COMMENTAIRES
			<input type="checkbox"/> Nfs <input type="checkbox"/> Coag <input type="checkbox"/> Chimie <input type="checkbox"/> E411 <input type="checkbox"/> Autres :			
			<input type="checkbox"/> Nfs <input type="checkbox"/> Coag <input type="checkbox"/> Chimie <input type="checkbox"/> E411 <input type="checkbox"/> Autres :			
			<input type="checkbox"/> Nfs <input type="checkbox"/> Coag <input type="checkbox"/> Chimie <input type="checkbox"/> E411 <input type="checkbox"/> Autres :			
			<input type="checkbox"/> Nfs <input type="checkbox"/> Coag <input type="checkbox"/> Chimie <input type="checkbox"/> E411 <input type="checkbox"/> Autres :			
			<input type="checkbox"/> Nfs <input type="checkbox"/> Coag <input type="checkbox"/> Chimie <input type="checkbox"/> E411 <input type="checkbox"/> Autres :			
			<input type="checkbox"/> Nfs <input type="checkbox"/> Coag <input type="checkbox"/> Chimie <input type="checkbox"/> E411 <input type="checkbox"/> Autres :			
			<input type="checkbox"/> Nfs <input type="checkbox"/> Coag <input type="checkbox"/> Chimie <input type="checkbox"/> E411 <input type="checkbox"/> Autres :			
			<input type="checkbox"/> Nfs <input type="checkbox"/> Coag <input type="checkbox"/> Chimie <input type="checkbox"/> E411 <input type="checkbox"/> Autres :			
			<input type="checkbox"/> Nfs <input type="checkbox"/> Coag <input type="checkbox"/> Chimie <input type="checkbox"/> E411 <input type="checkbox"/> Autres :			
			<input type="checkbox"/> Nfs <input type="checkbox"/> Coag <input type="checkbox"/> Chimie <input type="checkbox"/> E411 <input type="checkbox"/> Autres :			
			<input type="checkbox"/> Nfs <input type="checkbox"/> Coag <input type="checkbox"/> Chimie <input type="checkbox"/> E411 <input type="checkbox"/> Autres :			
			<input type="checkbox"/> Nfs <input type="checkbox"/> Coag <input type="checkbox"/> Chimie <input type="checkbox"/> E411 <input type="checkbox"/> Autres :			
			<input type="checkbox"/> Nfs <input type="checkbox"/> Coag <input type="checkbox"/> Chimie <input type="checkbox"/> E411 <input type="checkbox"/> Autres :			
			<input type="checkbox"/> Nfs <input type="checkbox"/> Coag <input type="checkbox"/> Chimie <input type="checkbox"/> E411 <input type="checkbox"/> Autres :			
			<input type="checkbox"/> Nfs <input type="checkbox"/> Coag <input type="checkbox"/> Chimie <input type="checkbox"/> E411 <input type="checkbox"/> Autres :			

ANNEXE VIII
RESULTATS BACTERIOLOGIE URGENTS

RESULTATS BACTERIOLOGIE URGENT

Nom :
Prénom :
Service :
Opérateur :

ETIQUETTE
PATIENT

Date :
Heure :

EXAMEN DIRECT ECBU

Aspect :

Couleur :

Hématies*	<input type="checkbox"/> < 10 ³ /ml	<input type="checkbox"/> 10 ³ - 10 ⁴ /ml	<input type="checkbox"/> 10 ⁴ - 10 ⁶ /ml	<input type="checkbox"/> > 10 ⁶ /ml
Leucocytes*	<input type="checkbox"/> < 10 ³ /ml	<input type="checkbox"/> 10 ³ - 10 ⁴ /ml	<input type="checkbox"/> 10 ⁴ - 10 ⁶ /ml	<input type="checkbox"/> > 10 ⁶ /ml

Cellules épithéliales :	<input type="checkbox"/> Absence	<input type="checkbox"/> Présence	Cylindre :	<input type="checkbox"/> Absence	<input type="checkbox"/> Présence
Cristaux :	<input type="checkbox"/> Absence	<input type="checkbox"/> Présence	Présence de germes :	<input type="checkbox"/> Absence	<input type="checkbox"/> Présence

EXAMEN DIRECT LCR Liq. Ascite Liq. Pleural Liq. Articulaire

Aspect :

Hématies:		/mm ³
Leucocytes:		/mm ³

Glucose:	mmol/l
Protides :	g/l
Présence de germes	

EXAMEN DIRECT Liquide Gastrique

- Néon nat
- Mater bébé

Germes :

ANNEXE IX
ENQUETE ORDONNANCES

SERVICE	NOMBRE D'ORDONNANCE		RENSEIGNEMENT CLINIQUE	FICHE DE SUIVI
	CONFORME	NON CONFORME		
		Absence étiquette	<input type="checkbox"/> non	Remplie par le préleveur <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Remplie par la personne qui réceptionne les prélèvements <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
		Absence prescripteur +signature		
		Pas de chambre	<input type="checkbox"/> oui	
		Autres :		
SERVICE	NOMBRE D'ORDONNANCE		RENSEIGNEMENT CLINIQUE	FICHE DE SUIVI
	CONFORME	NON CONFORME		
		Absence étiquette	<input type="checkbox"/> non	Remplie par le préleveur <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Remplie par la personne qui réceptionne les prélèvements <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
		Absence prescripteur +signature		
		Pas de chambre	<input type="checkbox"/> oui	
		Autres :		
SERVICE	NOMBRE D'ORDONNANCE		RENSEIGNEMENT CLINIQUE	FICHE DE SUIVI
	CONFORME	NON CONFORME		
		Absence étiquette	<input type="checkbox"/> non	Remplie par le préleveur <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Remplie par la personne qui réceptionne les prélèvements <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
		Absence prescripteur +signature		
		Pas de chambre	<input type="checkbox"/> oui	
		Autres :		
SERVICE	NOMBRE D'ORDONNANCE		RENSEIGNEMENT CLINIQUE	FICHE DE SUIVI
	CONFORME	NON CONFORME		
		Absence étiquette	<input type="checkbox"/> non	Remplie par le préleveur <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Remplie par la personne qui réceptionne les prélèvements <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
		Absence prescripteur +signature		
		Pas de chambre	<input type="checkbox"/> oui	
		Autres :		
SERVICE	NOMBRE D'ORDONNANCE		RENSEIGNEMENT CLINIQUE	FICHE DE SUIVI
	CONFORME	NON CONFORME		
		Absence étiquette	<input type="checkbox"/> non	Remplie par le préleveur <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Remplie par la personne qui réceptionne les prélèvements <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
		Absence prescripteur +signature		
		Pas de chambre	<input type="checkbox"/> oui	
		Autres :		
SERVICE	NOMBRE D'ORDONNANCE		RENSEIGNEMENT CLINIQUE	FICHE DE SUIVI
	CONFORME	NON CONFORME		
		Absence étiquette	<input type="checkbox"/> non	Remplie par le préleveur <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Remplie par la personne qui réceptionne les prélèvements <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
		Absence prescripteur +signature		
		Pas de chambre	<input type="checkbox"/> oui	
		Autres :		
SERVICE	NOMBRE D'ORDONNANCE		RENSEIGNEMENT CLINIQUE	FICHE DE SUIVI
	CONFORME	NON CONFORME		
		Absence étiquette	<input type="checkbox"/> non	Remplie par le préleveur <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Remplie par la personne qui réceptionne les prélèvements <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
		Absence prescripteur +signature		
		Pas de chambre	<input type="checkbox"/> oui	
		Autres :		
SERVICE	NOMBRE D'ORDONNANCE		RENSEIGNEMENT CLINIQUE	FICHE DE SUIVI
	CONFORME	NON CONFORME		
		Absence étiquette	<input type="checkbox"/> non	Remplie par le préleveur <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Remplie par la personne qui réceptionne les prélèvements <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
		Absence prescripteur +signature		
		Pas de chambre	<input type="checkbox"/> oui	
		Autres :		

ANNEXE X
COURRIER IDENTITOVIGILANCE

LABORATOIRE D'ANALYSES DE BIOLOGIE MEDICALE

M.ROY Biologiste responsable	CLAUDE GALIEN Biologiste médical	L.CUKIER Biologiste médical	S. CHERIF Biologiste médical
--	--	---------------------------------------	--

Destinataire : Monsieur le directeur de l'hôpital Claude Galien
Madame Obadia, responsable qualité de l'hôpital Claude Galien
L'ensemble des prescripteurs
L'ensemble des coordinatrices et du personnel soignant

OBJET : Identitovigilance

QUINCY, LE 12 septembre 2011

Dans le cadre de l'accréditation COFRAC des laboratoires et de la Certification de votre établissement, ensemble, nous devons **IMPERATIVEMENT** être en conformité avec les exigences HAS pour la maîtrise et l'amélioration continue de l'identitovigilance.

Identité = acte de soin

Pour cela, nous souhaitons vous rappeler les exigences concernant le pré analytique et plus particulièrement, l'identification des échantillons biologiques et l'identification des prescriptions (ordonnance et/ou bon de laboratoire).

Les prescriptions (ordonnance et/ou bon de laboratoire) doivent comporter OBLIGATOIREMENT :	Tous les échantillons biologiques doivent comporter OBLIGATOIREMENT :
	<ul style="list-style-type: none">- Nom <u>et</u> prénom- Nom de jeune fille- Date de naissance- Sexe (M ou F)
<ul style="list-style-type: none">- Nom <u>et</u> signature du prescripteur- Date <u>et</u> heure du prélèvement- Identification du préleveur (initiales)- Renseignement(s) clinique(s)- Traitement(s) éventuel(s)	<ul style="list-style-type: none">- Identification du préleveur (initiales)

Nous vous adressons nos sincères salutations

L'équipe du laboratoire

ANNEXE XI
BREVES K-LITE AOUT 2011

Bonjour à toutes et à tous,

SYSTÈME QUALITE

Pour la mise à jour du matériel sur GUESQUAL, je souhaiterai que chaque responsable automate vérifie les informations déjà saisie puis complète les informations manquantes. Pour cela , je vous met à disposition un formulaire à remplir et à me remettre au plus tôt.

NB: les informations doivent être recueillies auprès du fournisseur. Ne pas récupérer les informations sur les classeurs de vie ou d'après de vieille carte de visite ou rapport d'intervention SAV.

REUNION DU 28 JUILLET 2011 avec les responsables de chaque service de l'hôpital.

Le laboratoire est relativement bien perçu au niveau des services de l'hôpital. Quelques améliorations vont être mises en place comme:

- Création d'une paillasse pour les prélèvements bébés.
- Mise en place d'une bannette à l'entrée du laboratoire (coté bacterio) pour la dépose de prélèvement la nuit.
- Information à l'ensemble des services pour que l'heure de prélèvement soit notée sur l'ordonnance (prélèvement sanguin et bactériologique).
- Sensibilisation sur la prescription conforme, mise en place d'une enquête courant septembre.

INDICATEUR QUALITE

DELAIS DE RESULTATS URGENTS (cf. Annexe)

Constats: Nous sommes en dessous des 70% de résultats rendus dans un délai d'une heure. Les tranches horaires critiques où nous sommes « hors délai » sont 7h-10h et 12h-14h.

Le « hors délai » est aussi surtout due à une validation technique tardive. Nous allons donc nous fixer comme objectif, pour le mois suivant, 85% de rendu dans le délai d'une heure en concentrant nos efforts sur le suivi de l'urgence pendant la REA et à l'heure de la pause déjeunée.

LA QUALITE C'EST L'AFFAIRE DE CHACUN

Merci et bonnes vacances à tous.

Christelle

ANNEXE XII
BREVES K-LITE SEPTEMBRE 2011

Bonjour à toutes et à tous,

PRE ANALYTIQUE

- Merci de prendre connaissance du courrier destiné aux prescripteurs et à l'ensemble du personnel soignant de l'hôpital..(cf. Annexe)
- Pour être conforme avec les exigences de conservation des prélèvements:
 - les échantillons bactériologiques (sauf les E swabs, hémocultures et ECBU déjà dans tube boraté) devront être mis dans le réfrigérateur N°1 avant la préparation des transmis (surtout sur la tranche horaire 7h - 11 h).
 - les échantillons d'urine pour les albumines-sucre devront être centrifugés et techniqués le plus rapidement possible (stabilité < 2 heures).
- Toute décantation (sérum pour transmis CERBA, décantation de tube SAMU) doit être validée par un biologiste.
- Malgré une augmentation (Cf. résultat de l'enquête ordonnance), il y a encore beaucoup de bon de laboratoire sans heure de prélèvement et heure de réception. Merci de redoubler d'effort concernant ce point.

AMELIORATION CONTINUE

Merci de prendre connaissance du résultat de l'enquête ordonnance.(cf. Annexe)

Merci aux secrétaires de leur implication.

INDICATEUR QUALITE

Délais de résultats urgents (cf. Annexe)

Constats: Il y a une augmentation par rapport au mois dernier mais nous sommes en dessous des 80% de résultats rendus dans un délai d'une heure.

Le « hors délai » est surtout due à une gestion mal maîtrisée de l'urgence pendant la REA.

Notre objectif de 85% n'a pas été atteint pour le mois d'aout, mais nous sommes sur la bonne voie.....Je compte sur vous.....

LA QUALITE C'EST L'AFFAIRE DE CHACUN

Christelle

Résumé

Les laboratoires de biologie médicale doivent apporter la preuve de leur niveau de qualité et de compétence vis-à-vis des exigences européennes définies par la Norme NF ISO 15189. Le laboratoire Claude Galien est engagé depuis de nombreuses années dans une démarche qualité et pour 2013 il a choisi la voie de l'accréditation partielle

Le laboratoire a un rôle crucial dans la prise en charge des patients. Nous avons eu dernièrement des réclamations du service des urgences sur les délais de rendu des résultats. J'ai donc décidé de porter mon travail sur l'amélioration de la gestion des prélèvements urgents au laboratoire Claude Galien, afin d'obtenir la satisfaction de notre client.

Dans un premier temps, j'ai recueilli les attentes du service et du laboratoire, puis j'ai mis en place un indicateur qualité défini par le pourcentage de résultats rendus dans l'heure après la réception au laboratoire. L'objectif fixé est que l'indicateur atteigne 85%. En parallèle, une enquête sur la conformité des ordonnances a été réalisée, ce qui a permis de révéler un problème au niveau du pré-analytique dans le service des urgences. Les différentes étapes de la gestion des prélèvements ont été analysées afin d'identifier les points critiques. Une sensibilisation du personnel sur ces points a été entreprise.

En conclusion, l'indicateur mis en place a permis une amélioration de la gestion des prélèvements du service des urgences. Celui-ci va être suivi tout au long de l'année afin de vérifier que nous répondons bien aux attentes du service et que notre objectif est atteint. L'ensemble de l'équipe du laboratoire (secrétaires, techniciennes, biologistes) s'investit dans la démarche qualité. De nombreuses actions sont planifiées (enquêtes sur les ordonnances et prélèvements, une sensibilisation du service des urgences avec la mise en place de guides de prélèvements, nouveaux indicateurs...) afin d'obtenir une amélioration continue de la qualité au sein du laboratoire Claude Galien.