



BIO-CITY
LURE
HERICOURT
LUXEUIL

MANUEL DE PRELEVEMENT DU LABORATOIRE BIO-CITY

PREA-MU-MQ-002-09

Version : 9

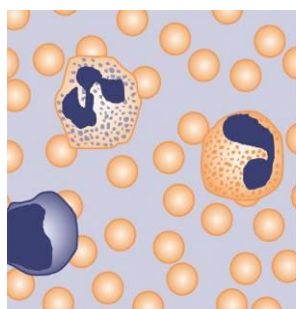
Applicable le : 27-10-2025



Ref : PREA-MU-MQ-002-09
Version 09 – Septembre 2025

MANUEL DE PRELEVEMENTS

Laboratoire de Biologie Médicale



BIO-CITY
LURE - HÉRICOURT
LUXEUIL LES BAINS
www.laboratoire-biocity.fr

Instructions destinées à tous les préleveurs

*« La qualité du prélèvement détermine
la qualité du résultat de l'analyse »*

LABORATOIRE DE LURE 4 Rue Siblot 70 200 LURE Tel. : 03.84.62.77.77 Fax : 03.84.30.11.53 Courriel : labofrechin@gmail.com	LABORATOIRE D'HERICOURT 4 Rue du Dr. Gaulier 70 400 HERICOURT Tel. : 03.84.56.83.33 Fax : 03.84.46.09.74 Courriel : labohericourt@gmail.com	LABORATOIRE DE LUXEUIL 4 Rue Jules Adler 70 300 LUXEUIL Tel. : 03.84.40.21.70 Fax : 03.84.40.43.28 Courriel : laboluxeuil@orange.fr
Horaires d'ouverture : Du lundi au vendredi : 8 h / 12 h et 14 h / 18 h 30 Samedi : 8 h / 12 h et 14 h / 16 h	Horaires d'ouverture : Du lundi au vendredi : 7 h 30 / 12 h et 14 h / 18 h 30 Samedi : 7 h 30 / 12 h et 14 h / 15 h	Horaires d'ouverture : Du lundi au vendredi : 7 h 30 / 12 h et 13 h30 / 18 h 00 Samedi : 7 h 30 / 16 h

Les modifications apparaissent en VIOLET



Sommaire :

1. INTRODUCTION :	4
2. BIO-CITY : la qualité selon la norme NF EN ISO 15 189	4
2.1. DISPONIBILITE DES CONSEILS CLINIQUES	5
2.2. DOMAINES D'ACTIVITE de la SELAS BIO-CITY	5
2.3. ECOUTE CLIENTS : comment nous contacter pour une suggestion/réclamation	5
3. DEMANDES D'EXAMENS DE BIOLOGIE et DEMANDES DE MATERIEL DE PRELEVEMENT	6
3.1. DEMANDES D'ANALYSES : CRITERES D'ACCEPTATION	6
3.1.1. PRESCRIPTIONS MEDICALES	6
3.1.2. AUTRES DEMANDES	6
3.1.2.1. Prescripteur : prescription orale	6
3.1.2.2. Prescripteur : ajout d'analyses par rapport à une prescription initiale :	6
3.1.2.3. Patient : ajout d'analyses par rapport à une prescription médicale ou demande d'analyses sans prescription médicale :	7
3.1.2.4. Demande d'analyses hors nomenclature (voir liste des analyses du catalogue du laboratoire spécialisé)	7
3.1.2.5. Demandes d'analyses de génétique, de biologie moléculaire ou de dépistage du risque accru de Trisomie 21 chez la femme enceinte	7
3.1.2.6. Demande d'anonymat.	7
3.1.2.7. Demandes urgentes	8
3.2. DEMANDES DE MATERIEL DE PRELEVEMENT (Voir annexes 5 et 6)	10
4. LISTE DES EXAMENS DE BIOLOGIE REALISES PAR NOTRE LABORATOIRE	10
4.1. TABLEAU DES ANALYSES SANGUINES	11
Voir Annexe 13 à la fin de ce document	11
4.2. TABLEAU DES ANALYSES URINAIRES HORS MICROBIOLOGIE	11
4.3. TABLEAU DES ANALYSES DE SELLES	13
4.4. TABLEAU DES ANALYSES D'URINES et des autres ECHANTILLONS destinés à la MICROBIOLOGIE	14
4.5. ANALYSES REALISEES PAR LES LABORATOIRES SOUS TRAITANTS à PRELEVER AU LABORATOIRE ou à ACHEMINEMENT RAPIDE (autres analyses spécialisées : Voir MANUEL DE PRELEVEMENTS ou site Internet du Laboratoire CERBA)	20
5. URINES PRECONISATION DE RECUEIL	24
6. INSTRUCTIONS POUR LES PRELEVEMENTS EFFECTUES PAR UN PERSONNEL DE SANTE HABILITE	25
6.1. PREPARATION DU PATIENT (indications de jeûne, horaires du prélèvement, dosage des médicaments)	25
6.2. INSTRUCTION CONCERNANT LES PRELEVEMENTS SANGUINS	27
6.3. PRELEVEMENTS SANGUINS PARTICULIERS :	32
➤ TESTS DYNAMIQUES	33
6.4. INSTRUCTION CONCERNANT LES PRELEVEMENTS BACTERIOLOGIQUES	35
7. IDENTIFICATION DES ECHANTILLONS PRIMAIRES	36
8. RENSEIGNEMENT DES FICHES DE TRANSMISSION DES ECHANTILLONS Annexe 7	37
- 9. HYGIENE – SECURITE LIÉES AUX PRELEVEMENTS	39
10. ELIMINATION DES DECHETS	42
11. STOCKAGE et TRANSPORT DES ECHANTILLONS	43
12. TRAITEMENT POST-ANALYTIQUE (après analyse)	47
12.1. DÉLAIS DE RENDU DES RÉSULTATS	47
12.2. CONSERVATION DES ÉCHANTILLONS APRÈS ANALYSE (TABLEAU)	47
12.3. DÉLAIS POUR L'AJOUT D'UNE ANALYSE COMPLÉMENTAIRE:	48
Annexe 1 : Formulaire de réclamation (FICHE DE NON CONFORMITE -TRAVAUX NON CONFORME /RECLAMATION/EVENEMENT INDESIRABLE (A SAISIR DANS KALILAB))	51
Annexe 2 : FORMULAIRE PATIENT (MULTI-USAGE) : DEMANDE D'ANALYSES FORMULEES ORALEMENT/ ACCEPTATION D'ANALYSES HORS NOMENCLATURES / REFUS D'ANALYSES	52
Annexe 3 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR ANALYSE GENETIQUE	53



Annexe 4 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR DEPISTAGE DE LA TRISOMIE 21 FETALE.....	54
Annexe 5 : FICHE DEMANDE MATERIEL DE PRELEVEMENT IDE et PHARMACIE.....	56
Annexe 6 : FICHE DEMANDE DE MATERIEL DE PRELEVEMENT MEDECIN/SAGE FEMME (BON DE COMMANDE POUR MEDECIN / GYNECOLOGUE / SAGE-FEMME => MATERIEL PRELEVEMENTS FOURNI PAR BIOCITY)	58
Annexe 7 : MODELE FICHE TRANSMISSION ECHANTILLONS.....	60
Annexe 8 : FICHE D'ATTESTATION D'IDENTIFICATION DE PRELEVEMENT	62
Annexe 9 : ACCIDENT D'EXPOSITION AU SANG : CONDUITE A TENIR.....	63
Annexe 10 : ACCIDENT D'EXPOSITION AU SANG : QUESTIONNAIRE PATIENT SOURCE D'AES.....	64
Annexe 11 : FORMULAIRE PATIENT pour RENDU RESULTATS SERVEUR à un PROFESSIONNEL DE SANTE DESIGNE	67
Annexe 12 : FORMULAIRE RENSEIGNEMENTS CLINIQUES pour PALUDISME	68
Annexe 13 : TABLEAU : LISTE DES ANALYSES SANGUINES REALISEES PAR LA SELAS BIO-CITY.....	69



1. INTRODUCTION :

Le Manuel de Prélèvements est destiné à tous les préleveurs travaillant avec le laboratoire BIO-CITY. **Il expose les recommandations et les exigences pré-analytiques de notre laboratoire.** Le respect de cette étape est primordial afin que les résultats d'examens de biologie médicale fournis par notre laboratoire soient le plus fiable et le plus juste possible, conformément aux dispositions internes et réglementaires applicables.

Une attention toute particulière doit être portée à la qualité de l'identification des prélèvements, ainsi qu'au remplissage et à la transmission de l'ensemble des documents qui doivent être joints aux échantillons.

Par ailleurs nous vous rappelons **que chaque professionnel de santé doit s'engager à ce que ses éventuels remplaçants observent toutes les prescriptions du présent Manuel de prélèvement.** En cas de remplacement, le Préleveur s'assure préalablement que les personnes auxquelles il a ainsi recours de manière exceptionnelle sont régies par les articles L.4311-1 et suivants du Code de la santé publique, qu'elles ont, préalablement au remplacement, pris connaissance et accepté les obligations prévues, le cas échéant, par une mention expresse dans le contrat de remplacement, et qu'elles sont couvertes par une police d'assurance de responsabilité civile professionnelle.

2. BIO-CITY : la qualité selon la norme NF EN ISO 15 189

Rappel réglementaire : L'accréditation des laboratoires selon la norme NF EN ISO 15189 version 2022 est obligatoire sur l'ensemble des activités réalisées.

La SELAS BIO-CITY a mis en place un système de management de la qualité (SMQ) unique et commun pour tous les sites qu'elle exploite, dans le but de :

- Répondre aux besoins des patients et de l'ensemble du personnel médical chargés des soins prodigués aux patients et d'accroître leur satisfaction.
- D'améliorer de façon continue les performances de ses sites.

Nos choix techniques visent à des résultats toujours plus performants, plus reproductibles et donc plus fiables, permettant d'apporter aux patients un service biologique de qualité et de proximité.



2.1. DISPONIBILITE DES CONSEILS CLINIQUES

L'attention portée au **recueil des renseignements cliniques (symptômes actuels, maladies chroniques ou antérieures, traitements en cours)** par les personnels du laboratoire et les préleveurs externes, permet aux biologistes médicaux d'apporter durant les heures d'ouverture du laboratoire, une **aide à la prescription et à l'interprétation des résultats d'examens de biologie**, adaptée à la situation particulière de chaque malade.

2.2. DOMAINES D'ACTIVITE de la SELAS BIO-CITY

➤ Examens de Biologie médicale

Notre activité multi-sites est centrée sur les examens de biologie médicale courants dans différents secteurs analytiques. Nous utilisons des méthodes de référence et/ou des méthodes validées par les fournisseurs avec marquage CE.

LURE	HERICOURT	LUXEUIL
Spécificités analytiques : Biochimie Médicaments Immunologie Hématologie Immuno-hématologie Sérologies Auto-immunité Allergologie	Spécificités analytiques : Microbiologie (Bactériologie-Parasitologie) PCR – biologie moléculaire en microbiologie Hémostase Immuno-enzymologie (urgences)	Spécificités analytiques : Hématologie Hémostase Electrophorèses Immuno-fixation des protéines Auto-immunité Sérologie Lyme Immuno-enzymologie (dont urgences)

Le laboratoire Bio-City réalise 98 % des analyses qui lui sont confiées sur ses différents sites. Il sous-traite différents paramètres biologiques très spécifiques et/ou soumis à agrément. La liste des laboratoires sous-traitants est accessible sur demande.

2.3. ECOUTE CLIENTS : comment nous contacter pour une suggestion/réclamation

Dans le cadre de notre démarche qualité et dans un souci d'amélioration de nos services, nous vous invitons à nous communiquer toute **réclamation, suggestion ou remarque**, oralement auprès de l'équipe du laboratoire (ex : coursier, secrétaire...), ou par courriel (voir email en page de garde du manuel), ou encore en utilisant notre site internet (onglet « Suggestions-Réclamations ») ou en utilisant le formulaire « Réclamations » présent en **Annexe 1** du présent Manuel. Notre service qualité transmettra vos requêtes aux biologistes médicaux responsables, afin qu'elles soient prises en considération dans les meilleurs délais.

Pour nous aider à améliorer notre démarche qualité, nous sollicitons périodiquement les professionnels de santé lors de **formations diverses** (ex : phase préanalytique ou postanalytique, prestations de conseil sur un paramètre ou un domaine analytique....).

De plus, des **enquêtes de satisfaction** sont régulièrement réalisées auprès des patients, des prescripteurs, des établissements de soins et des préleveurs.



3. DEMANDES D'EXAMENS DE BIOLOGIE et DEMANDES DE MATERIEL DE PRELEVEMENT

3.1. DEMANDES D'ANALYSES : CRITERES D'ACCEPTATION

Notre laboratoire traite 2 types de demandes d'examens de biologie :

- Les PRESCRIPTIONS MEDICALES établies par un médecin ou une sage-femme.
- Les AUTRES demandes d'analyses (analyses supplémentaires ou sans prescription médicale).
La prescription s'appuie si nécessaire sur un échange entre clinicien et biologiste médical. Lorsqu'il l'estime approprié, le biologiste médical peut proposer au clinicien de modifier sa prescription (article L. 6211-8 du code de la santé publique).

La responsabilité globale de l'activité de traitement des demandes d'analyses appartient aux biologistes médicaux. En cas de doute ou en cas de demande de dérogation (préanalytique – analytique), ils sont les seuls à pouvoir accepter ou refuser une demande d'analyse.

3.1.1. PRESCRIPTIONS MEDICALES

Référence : Article 79 du code de déontologie = Article R.4127-79 du code de la Santé Publique

Une prescription médicale doit comporter de façon lisible et bien orthographiée :

- La **DATE** de la prescription
- L'identification univoque du **PATIENT** avec son nom de naissance et nom d'épouse (si femme mariée), prénom, date de naissance et sexe
- L'identification univoque du **MEDECIN** avec son nom, son adresse professionnelle, son numéro de téléphone et son Numéro d'inscription au tableau de l'Ordre associé à sa qualification
- La nature des **ANALYSES** à réaliser (avec les renseignements cliniques nécessaires le cas échéant)
- La notion d'**URGENCE** (le cas échéant)
- La Signature du **MEDECIN**
- Le N° de téléphone à appeler en cas d'urgence

Remarque : Le laboratoire peut recevoir des prescriptions connectées avec les établissements de soins sur demande.

Pour toute réception d'ordonnance non-conforme, le personnel réceptionnant les échantillons ou accueillant le patient contactera le prescripteur afin d'obtenir une prescription conforme.

Conformément au décret 2002-660, lorsque le prélèvement est effectué par un professionnel de santé, l'ordonnance devra être accompagnée d'une fiche de transmission parfaitement renseignée (voir chapitre 6 du présent manuel).

3.1.2. AUTRES DEMANDES

3.1.2.1. Prescripteur : prescription orale

Toute demande orale d'examen de biologie par un prescripteur doit être confirmée par une prescription écrite adressée au laboratoire le plus rapidement possible.

3.1.2.2. Prescripteur : ajout d'analyses par rapport à une prescription initiale :

Le prescripteur devra fournir systématiquement une nouvelle ordonnance indiquant la prescription supplémentaire. Le rajout d'analyse par le prescripteur se fait en concertation avec le biologiste médical.

Si les analyses supplémentaires ne peuvent pas être réalisées sur les échantillons déjà prélevés (pour des raisons de délai de conservation, de quantité ou de qualité des échantillons prélevés), le prescripteur est informé de la nécessité d'un nouveau prélèvement. En cas de nouveau prélèvement, un nouveau dossier est créé. Selon les cas, on s'assurera de l'accord préalable du patient (ex : analyses hors nomenclature c'est-à-dire non remboursées par la sécurité sociale ou par les mutuelles).



3.1.2.3. Patient : ajout d'analyses par rapport à une prescription médicale ou demande d'analyses sans prescription médicale :

Le patient devra remplir le formulaire de demande d'analyses formulées oralement (voir **Annexe 2**) précisant la nature des analyses souhaitées. Sous réserve d'acceptation de cette demande par un biologiste, le patient est informé de la non-prise en charge de sa demande par la sécurité sociale (tarifs), des conditions de prélèvement, de réalisation de l'analyse et du délai de rendu des résultats.

Le patient peut préciser que l'ordonnance est "à venir" afin que la personne enregistrant le dossier informatique réalise un suivi de cette demande. Le patient est informé que cette demande ne sera prise en charge par la sécurité sociale que s'il transmet l'ordonnance au laboratoire et que les analyses ne sont pas hors nomenclature. A défaut, les frais seront à sa charge.

Remarque : Le Biologiste accepte après un entretien éventuel pour s'assurer de la pertinence de l'examen demandé : les demandes pour un suivi thérapeutique (ex : INR, Cholestérol, Hémoglobine glyquée) ou pour un dépistage (ex : grossesse, HIV, et sérologies diverses). Les demandes spécialisées sont acceptées au cas par cas. Tout refus est notifié au patient dans les meilleurs délais.

3.1.2.4. Demande d'analyses hors nomenclature (voir liste des analyses du catalogue du laboratoire spécialisé)

Certaines analyses sont hors nomenclature, c'est-à-dire qu'elles ne font pas l'objet d'un remboursement par la sécurité sociale ou par les mutuelles. Le montant de ces analyses sera donc à la charge du patient.

Lors de la réalisation d'un prélèvement pour une analyse hors nomenclature, le patient devra remplir le formulaire d'acceptation / refus d'analyses hors nomenclature (voir **Annexe 2**) sur lequel il reconnaît avoir été informé qu'une partie des examens sera à sa charge.

3.1.2.5. Demandes d'analyses de génétique, de biologie moléculaire ou de dépistage du risque accru de Trisomie 21 chez la femme enceinte

Certaines analyses ne peuvent être réalisées qu'avec le consentement écrit du patient sur un formulaire normalisé, complété et signé par le médecin.

Tous les formulaires de consentement sont disponibles sur les sites des laboratoires spécialisés constituant nos sous-traitants (voir **Annexes 3 et 4**).

Les principaux sous-traitants sont :

- Laboratoire CERBA pour la GENETIQUE (voir rubrique « Documents pratiques » site CERBA)
- Laboratoire de Biochimie de L'HOPITAL de Nord Franche Comté (HNFC) pour le dépistage du risque accru de Trisomie 21 fœtale.
- EFS de Besançon pour les identification de RAI et des groupes sanguins d'interprétation délicate.

3.1.2.6. Demande d'anonymat.

Les demandes d'anonymisation des dossiers à l'initiative des patients sont acceptées par le laboratoire sauf cas particulier (ex : groupes sanguins, RAI).

Dans ce cas, lors de l'enregistrement informatique du dossier, le nom et le prénom du patient sont remplacés par un code constitué de la manière suivante :

- => **NOM : A-jj-mm-aa** (avec : « A » = ANONYME ; avec « jj-mm-aa » = date du PRELEVEMENT : « aa » = ANNEE ; « mm » = MOIS ; « jj » = JOUR) = ex : A-24-12-2023 (demande anonyme du 24.12.2023)
- => **PRENOM : rrsstttt** (avec « rrsstttt » = date de NAISSANCE du patient : « rr » = jour ; « ss » = mois ; « tttt » = année ; et « S » = sexe du patient : « S » = M : (masculin) ; « S » = F (féminin)) (ex : 01041978F pour une femme née le 01 avril 1978)

L'identification de la feuille de prélèvement et des échantillons par le préleveur se fait de la manière suivante :

- => **NOM : A-jj-mm-aa** (avec : « A » = ANONYME ; avec « jj-mm-aa » = date du PRELEVEMENT : « aa » = ANNEE ; « mm » = MOIS ; « jj » = JOUR) = ex : A-24-12-2023 (demande anonyme du 24.12.2023)
- => **PRENOM : rrsstttt** (avec « rrsstttt » = date de NAISSANCE du patient : « rr » = jour ; « ss » = mois ; « tttt » =



année ; et « S » = **sexe du patient** : « S » = M :(masculin) ; « S » = F (féminin)) (ex : 01041978F pour une femme née le 01 avril 1978)

Le préleveur remet au patient un **COUPON comportant son code d'anonymisation**, constitué de son **nom d'anonymisation et de son prénom d'anonymisation**. Sans ce coupon, aucun résultat ne pourra être communiqué au patient. **Le patient devra obligatoirement venir chercher ses résultats au laboratoire en échange de son coupon d'anonymisation, en précisant qu'il s'agit d'une demande d'anonymat provenant d'un préleveur externe dûment identifié.**

Le respect des règles d'anonymisation est essentiel : la date de naissance et le sexe conditionnent en effet les valeurs de référence figurant sur le compte rendu de résultats.

Pour ce cas particulier, il est indispensable de prévenir le patient que les organismes payeurs seront inhibés et que les analyses seront à sa charge.

3.1.2.7. Demandes urgentes

Notre laboratoire traite en priorité les analyses spécifiées urgentes sur l'ordonnance, par le patient ou par le préleveur, ou par le patient.

En cas d'urgence, **le préleveur coche la case « URGENT » de la fiche de transmission des prélèvements et appose une étiquette « URGENT » sur la boîte contenant les prélèvements du patient.**

Certaines analyses peuvent être d'emblée considérées comme URGENTES par le laboratoire et traitées comme telles et d'autres analyses ont un délai préanalytique TRES COURT : voir tableau page suivante



LISTE DES PARAMETRES URGENTS (si conservation TA) NOUVEAU

PARAMETRES URGENTS	Commentaires
HEMATOZOAIRIES (sang EDTA)	A apporter le plus rapidement possible après le recueil avec la fiche de renseignements cliniques dédiées Certaines espèces sont potentiellement mortelles URGENCE SYSTEMATIQUE : hospitalisation conseillée en urgence en cas de signes de gravité 4H MAXIMUM entre l'heure de prélèvement et le rendu des résultats (source SPLIF / HAS)
PALUDISME (sang EDTA)	
D-DIMERES urgents (tube citrate bien rempli)	Si contexte clinique d'urgence, à apporter le plus rapidement possible après le recueil Si contexte urgence : 4H MAXIMUM entre l'heure de prélèvement et le rendu des résultats
TROPONINE (tube héparine)	
Clostridium difficile (toxine) SELLES	 Acheminement dans contenant stérile Dans les 2 heures maximum à température ambiante
COPROCULTURE	
SPERMOCULTURE (PRECIEUX !)	
LIQUIDE DE PONCTION (PRECIEUX !)	
STERILET (PRECIEUX !)	
CRACHAT EXPECTORATION (PRECIEUX !)	
ECBU sans borate	
URINES 1^{er} JET	
Compte d'addis	
URINES 24H	
TCA (suivi TTT par héparine non fractionné HNF CALCIPARINE) (tube citrate bien rempli)	A apporter le plus rapidement possible après le recueil Suivi HNF (source GFHT) : L'échantillon doit être centrifugé et analysé dans les 2H qui suivent le prélèvement . La centrifugation dans l'heure suivant le prélèvement suivi d'une conservation à température réfrigérée permet la réalisation du TCA de suivi d'une HNF jusqu'à 4 heures après le prélèvement.
Plaquettes sur CITRATE	Dans les 2 heures maximum température ambiante
PARASITOLOGIE des SELLES	3H Température ambiante (FORMES VEGETATIVES FRAGILES !)
TROPONINE VIDAS héricourt et luxeuil (tube vert)	4H Température ambiante
TCA (sans traitement) (tube citrate bien rempli)	A apporter le plus rapidement possible après le recueil L'échantillon doit être centrifugé et analysé dans les 6H qui suivent le prélèvement .

U
R
G
E
N
C
E
S

s
e
l
o
n

D
E
L
A
I
P
R
E
A
N
A
L
Y
T
I
Q
U
E

2H

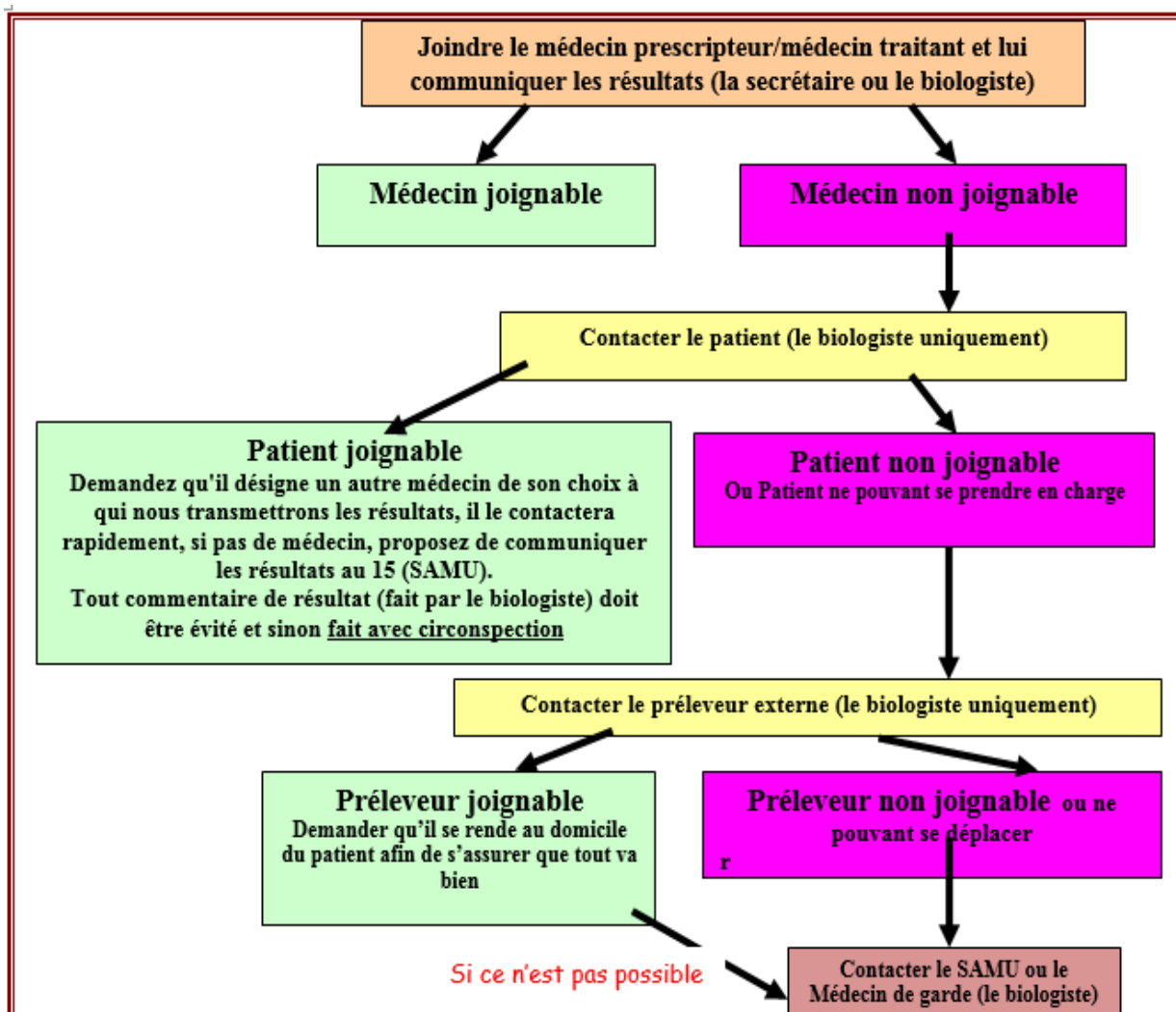
3-4H

6H



- **Les Urgences d'origine post-analytique :**

Les résultats préoccupants nécessitant une prise en charge médicale urgente du patient et répondant aux critères d'alerte préalablement définis par le laboratoire avec les prescripteurs habituels, sont signalés aux biologistes médicaux. Ils sont transmis aux prescripteurs en urgence par téléphone après validation biologique.



3.2. DEMANDES DE MATERIEL DE PRELEVEMENT (Voir annexes 5 et 6)

Le matériel de prélèvement peut être demandé au laboratoire en remplissant l'annexe 5 pour le matériel classique destinés aux Infirmiers et l'annexe 6 pour le matériel destinés aux médecins préleveurs (ex : gynécologues, dermatologues).

4. LISTE DES EXAMENS DE BIOLOGIE REALISES PAR NOTRE LABORATOIRE

La SELAS Bio-city réalise plus de 98 % des analyses prescrites sur ses 3 sites : voir les différents tableaux ci-après sur les analyses sanguines, les analyses urinaires et les analyses bactériologiques.



4.1. TABLEAU DES ANALYSES SANGUINES

Voir Annexe 13 à la fin de ce document

4.2. TABLEAU DES ANALYSES URINAIRES HORS MICROBIOLOGIE

Analyses	Conditions particulières du prélèvement /Renseignements cliniques pour interprétation résultats	Température lors du transport	Stabilité AVANT analyse	Site réalisant l'analyse	Délai rendu des résultats	Indications
Acide urique urinaire	Recueil d'urines sur 24 heures	15 à 25°C	2 JOURS (F) entre 20 et 25°C et 2 jours (F) entre 2 et 8 °C (F)	Lure	J0	Recherche d'une augmentation de l'élimination urinaire d'acide urique
Calcium urinaire	Recueil d'urines sur 24 heures	15 à 25°C	2 jours (F) entre 20 et 25°C, 4 jours entre 2 et 8°C, 3 semaines à -20°C	Lure	J0	Recherche d'une augmentation de l'élimination urinaire de calcium - Intérêt dans le cadre du bilan phospho-calcique
Chlore urinaire	Recueil d'urines sur 24 heures	15 à 25°C	7 jours (F) entre 20 et 25°C 7 jours (F) entre 2 et 8 °C	Lure	J0	Evaluation de la capacité rénale d'acidification par le calcul du trou anionique urinaire
Créatinine urinaire	Recueil d'urines sur 24 heures	15 à 25°C	2 jours (F) entre 20 et 25°C, 6 jours (F) entre 2 et 8°C , 6 mois à -20°C (F)	Lure	J0	Reflet du bon recueil des urines de 24H
Cortisol urinaire	Recueil d'urines sur 24 heures	15 à 25°C	2 jours (OMS)	Lure	J0	Hormone surrénalienne (recherche d'une insuffisance surrénalienne ou d'un hypercorticisme)
Glycosurie des 24 h	Recueil d'urines sur 24 heures	15 à 25°C	8H entre 20 et 25°C [PUBBi-MU-DX-031]; -20°C : 2 jours	Lure	J0	Recherche d'une augmentation d'excrétion urinaire de glucose sur le urines de 24H
		2°C à 8°C	24H (pas de données)			
Glycosurie sur échantillon	Echantillon d'urine	15 à 25°C	8H entre 20 et 25°C [PUBBi-MU-DX-031]; -20°C : 2 jours	Lure	J0	Recherche d'une augmentation d'excrétion urinaire de glucose sur une miction
Microalbuminurie	Echantillon/Recueil d'urines sur 24 heures	15 à 25°C	6 jours (2 à 8°C) (F), 24H (20 à 25°C) (F)	Lure	J0	Détection précoce d'une glomérulopathie (principalement chez les diabétiques). Si échantillon : Rendu du rapport Microalbuminurie /créatinine urinaire, conformément aux recommandations de la HAS
Phosphore urinaire	Recueil d'urines sur 24 heures	15 à 25°C	2 jours (F)	Lure	J0	Intérêt dans le cadre du bilan phospho-calcique



Analyses	Conditions particulières du prélèvement /Renseignements cliniques pour interprétation résultats	Température lors du transport	Stabilité AVANT analyse	Site réalisant l'analyse	Délai rendu des résultats	Indications
Potassium urinaire	Recueil d'urines sur 24 heures	15 à 25°C	45 jours (F) entre 20 et 25 °C - 2 mois entre 2 et 8 °C	Lure	J0	Bilan étiologique d'une hypokaliémie
Protéinurie des 24 h	Echantillon/ Recueil d'urines sur 24 heures	15 à 25°C	7 jours (2 à 8°C) (F), 24H (20 à 25°C) (F)	Lure	J0	Recherche d'une excrétion urinaire de protéines sur 24H.
Protéinurie sur échantillon	Echantillon d'urine SANS CONSERVATEUR	15 à 25°C	7 jours (2 à 8°C) (F), 24H (20 à 25°C) (F)	Lure	J0	Recherche d'une excrétion urinaire de protéines sur échantillon sans conservateur. Rendu du rapport Protéinurie/créatininurie, conformément aux recommandations de la HAS (2011)
Sodium urinaire	Recueil d'urines sur 24 heures	15 à 25°C	45 jours (F) entre 20 et 25 °C - 45 jours (F) entre 2 et 8 °C	Lure	J0	Reflet des apports sodés
Urée urinaire	Recueil d'urines sur 24 heures	15 à 25°C	2 jours (F) entre 20 et 25°C et 7 jours (F) entre 2 et 8 °C (F)	Lure	J0	Evaluation de l'observance du régime protidique prescrit (insuffisance rénale notamment)
Drogues	Echantillon d'urines émis au laboratoire avec contrôle d'identité	15-25°C	2H00 à T° 15-25°C ou 2 à 8°C 48 H00 (F)	Héricourt	J0	Dépistage de la consommation de drogues



4.3. TABLEAU DES ANALYSES DE SELLES

Analyses	Type d'échantillon	Milieu de transport	Conditions particulières du prélèvement / Renseignements cliniques utiles pour interprétation résultats	Délai pré-analytique et Température de stockage échantillon	Laboratoire réalisant l'analyse	Délai rendu des résultats
Coproculture	Selles	Flacon propre	Avant toute antibiothérapie Notion de fièvre ? De voyage récent ? Autre cas dans la famille ? Prise d'antibiotiques préalable dans la demande de <i>Clostridium difficile</i> ou pour la recherche de <i>Klebsiella oxytoca</i> (diarrhée glaireuse après prise d'ampicilline ou équivalent)	SELLES SANS MILIEU DE TRANSPORT : 24H max si 2-8°C ; 2H max si T° ambiante Si recherche de Choléra : apporter immédiatement au laboratoire CARRY BLAIR (FECALSWAB) : 72H si 2 à 8°C, 48H si 15-25°C	Héricourt	2 à 5 jours
Sang dans les selles	Selles dans flacon	Flacon propre	Voir Protocole de Recueil de SELLES A FAIRE sur 3 PRELEVEMENTS (3 jours de suite)	6h entre 15 et 30°C et 3 j entre 2 et 8°C	Héricourt	J0 à 1 jour
<i>Clostridium difficile</i>	Selles dans flacon	Flacon propre	Voir Protocole de Recueil de SELLES	2-8°C 72H (F) ou 2h00 à T° ambiante (REMIC 6.2)	Héricourt	J0 à 1 jour
Parasitologie selles	Selles dans flacon stérile	Flacon propre	Recherche des parasites fécaux responsable d'une parasitose intestinale	Maximum 3 heures à 15-25°C car les formes végétatives sont fragiles (72H 15-25°C en Servisol Bailanger) Conservation à 2-8°C si associé à coproculture	Héricourt	1 à 2 jours
SCOTCH TEST	Scotch marge anale	Lame + adhésif	Voir Protocole SCOTCH TEST A FAIRE DE PREFERENCE AU LABORATOIRE	Moins de 24 H	Lure Héricourt Luxeuil	1 à 2 jours
Rotavirus - Adénovirus	Selles dans flacon stérile	Flacon propre	Recherche de Rotavirus ou Adénovirus systématique sur selles diarrhéique pour enfant < ou = à 5 ans Faire prélèvement à 3 – 5 jours de l'apparition des premiers symptômes de gastro-entérites (diarrhée)	4 jours 2-8°C Ou 6 heures si 15 à 25°C ou 6 mois si -20°C	Héricourt	2 à 5 jours



4.4. TABLEAU DES ANALYSES D'URINES et des autres ECHANTILLONS destinés à la MICROBIOLOGIE

Analyses	Type d'échantillon	Milieu de transport	Conditions particulières du prélèvement / Renseignements cliniques pouvant être utiles pour interprétation résultats	Température de transport (15-25°C)	Délai AVANT et Température de stockage analyse	Laboratoire réalisant l'analyse	Délai rendu des résultats
ECBU avec ou sans suspicion d'infection (cystite – pyélonéphrite – prostatite)	Urines (<u>sur borate si possible</u>)	Flacon stérile avec ou sans borate	Protocole de prélèvement : voir les fiches de recueil Existe-t-il un traitement antibiotique en cours ou prescrit ?	15-25°C	Avec borate : maximum 24 heures de 15°C à 25°C Sans borate : maximum 12 heures si réfrigéré de 2°C à 8°C Ou bien maximum 2 heures si température ambiante (15-25°C)	Héricourt	1 à 4 jours
Compte d'Addis	Urines recueillies sur 3 heures	Flacon stérile	Voir protocole de recueil Compte d'Addis : heure de début à mentionner. Uriner à fond dans les toilettes. Boire 200 ml d'eau. Rester allongé et à jeun pendant 3 heures. Uriner dans le flacon durant cette période. A T0+3H : uriner dans le flacon.	15-25°C	Sans borate : maximum 12 heures si réfrigéré 2°C - 8°C Ou bien 2h entre 15 -25°C . Au laboratoire : transférer après homogénéisation un aliquot dans un flacon boraté et noter le volume total d'urine sur le flacon	Héricourt	J0
Recherche de gonocoques, chlamydiae, Mycoplasma genitalium sur urines 1er jet par PCR	Urines 1er jet	1er jet Sans conservateur	Voir Protocole de Recueil d'urines 1er jet Remplir le flacon au minimum au ¼ soit environ 10 mL.	15 à 25°C	PCR chlamydia ou gonocoque : 48H entre 15 et 25°C sans conservateur	Héricourt	1 à 2 jours



Prélèvement urétral et 1er jet	Génital (urètre)	1 écouvillon dans milieu de transport AMIES/ESWAB + urines de premier jet sans borate	Voir Protocole de Recueil urétral. Le patient devra ne pas avoir uriné dans les 2H précédant le prélèvement. Le recueil se fait à distance de tout traitement antibiotique (>15 jours pour <i>Chlamydia trachomatis</i> et >5 jours pour les germes banaux) Remarque : la recherche de Chlamydia et mycoplasme peut se faire sur un échantillon d'urines 1er jet sans borate (urines recueillies au minimum 2H après une précédente miction) Existe-t-il un traitement antibiotique en cours ou prescrit ? Douleur ? Lésion ? Leucorrhée ? traitement ?	15 à 25°C	24 heures avec milieu AMIES/ESWAB (15-25°C) urines de premier jet : 24H 15-25°C	Héricourt	48H à 5 jours
Bactériologie sur urines 1er jet si suspicion d'urétrite associée au PU (urétral)	Urines 1er jet	1er jet sans conservateur	Voir Protocole de Recueil d'urines 1er jet pour suspicion d'urétrite NE PAS FAIRE DE TOILETTE ANTISEPTIQUE AVANT LE RECUEIL Remplir le flacon au minimum au ¼ soit environ 10 mL. Acheminement dans les 2 heures au laboratoire Fièvre ?	15 à 25°C	Moins de 2 heures entre 15 et 25°C ou maximum 12 heures si conservation entre 2 et 8°C	Héricourt	1 à 3 jours
Prélèvement Vaginal ou Cervico-vaginal	Génital (vaginal)	Écouvillon dans milieu de transport ESWAB/AMIES ↓ 1 écouvillon bactériologie standard + 1 deuxième écouvillon pour PCR Chlam/gono + 1 écouvillon M4RT pour Herpès	Voir Protocole de Recueil Vaginal La patiente devra éviter toute toilette intime ou traitement local ainsi que tout rapport sexuel dans les 24H précédant le prélèvement. Le recueil se fait à distance de tout traitement antibiotique (>15 jours pour les chlamydiae et >5 jours pour les germes banaux) Existe-t-il un traitement antibiotique en cours ou prescrit ? Douleur ? Lésion ? Leucorrhée ? Traitement ?	15 à 25°C	24 heures avec milieu de transport AMIES	Héricourt	48H à 5 jours
Recherche de gonocoques, chlamydiae sur pharynx et anus par PCR	Écouvillon sur milieu de transport	1 écouvillon ESWAB/AMIES	Voir protocole de prélèvement gynécologique	15 à 25°C	24h00	Héricourt	1 à 2 jours



ORL	Echantillons ORL	1 écouvillon avec milieu de transport AMIES	Voir Protocole de Recueil SPHERE ORL Ecouvillonnage classique de la zone concernée Oreille : Ecouvillonnage après nettoyage du conduit externe si besoin Langue ou bouche : Grattage à la spatule Gorge-Amygdale-Pharynx : Ecouvillonnage avant toute antibiothérapie Existe-t-il un rash cutané (recherche d'<i>Arcanobactérium haemolyticum</i>) ? Une angine ulcéronécrotique (suspicion d'Angine de Vincent) ou un abcès de l'amygdale (phlegmon à <i>S. aureus</i>) Recherche d'une candidose oropharyngée Nez : le prélèvement de nez n'a d'intérêt que dans la recherche de <i>S. aureus</i> Existe-t-il un traitement antibiotique en cours ou prescrit ? Douleur ? aspect de la gorge ou de l'oreille ou du nez ? Otite ? Angine ? Traitement ? Recherche de Staphylocoque aureus (porteur sain) ?	15 et 25°C	48 heures avec milieu de transport	Héricourt	2 à 4 jours en fonction des germes trouvés
ŒIL (conjonctivite ou kératite)	Œil	1 écouvillon <i>fin</i> en milieu de transport AMIES	Voir Protocole de Recueil Prélèvements Oculaires Précautions d'asepsie Pour la recherche de germes, levures, parasites : écouvillonnage classique au niveau de la conjonctive (angle intérieur) - possibilité d'étudier les lentilles. Pour la recherche de virus et de chlamydiae : le prélèvement est réalisé par un Médecin Ophthalmologiste par grattage conjonctival. Existe-t-il un traitement antibiotique en cours ou prescrit ? Douleur ? Aspect de l'œil ? Œdème ? Orgelet ? Traumatisme ? Post-opératoire ? Traitement en cours ?	15 à 25°C	48 heures avec milieu de transport	Héricourt	3 à 5 jours
Expectoration	Sécrétions broncho-pulmonaires	Flacon stérile	Voir Protocole de Recueil Crachat - Expectoration Eviter la salive, recueillir les sécrétions profondes de préférence le matin Existe-t-il un traitement antibiotique en cours ou prescrit ? Pathologie chronique BCO ? Rétrécissement des bronches ? Infection pulmonaire de début brutal ?	15 à 25°C	Mise en culture dans les 2 heures après le prélèvement ou 6 Heures dans solution SL	Héricourt	2 à 5 jours en fonction des germes trouvés, 1 mois si BK



SARS-CoV-2 (COVID 19)/grippe/VRS : recherche par PCR	Prélèvement nasopharyngé	Écouvillon dans milieu de transport Vacuette, UTM, AMIES	Voir fiche de transmission COVID 19	15-25°C	24H à 15-25°C 5 jours maximum à 2-8°C	Héricourt	24h00
Pus, plaies, escarres, pus profond	Echantillon cutané ou muqueux	1 écouvillon en milieu de transport AMIES	Voir Protocole de Recueil PUS Précautions d'asepsie pour éviter de contaminer le prélèvement par des bactéries se trouvant normalement sur la peau Pour les plaies, escarres le prélèvement se fait après un nettoyage minutieux, juste avant de refaire le pansement Plaies : écouvillonnage classique avec milieu de transport Pus profonds sur milieu de transport (si anaérobie recherchés). Existe-t-il un traitement antibiotique en cours ou prescrit ? Douleur ? Tuméfaction ? Œdème ? Lésion (plaie, morsure, panaris, furoncle ...) ? Traumatisme ? Post-opératoire ? Diabétique ? Escarre ? Traitement en cours ?	15 à 25°C	48 heures avec milieu de transport	Héricourt	2 à 3 jours
Liquides de ponction Liquide d'articulation ... ECHANTILLON PRECIEUX !	Pus, autres liquides (liquides de ponction, d'articulation, gastrique, paracentèse, ...)	Flacon stérile ou tube rouge+ un tube hépariné pour la cytologie (bouchon vert sans gel)	NON FAIT au LABORATOIRE – Protocole de l'établissement de soins Préciser le lieu de ponction. Le liquide de ponction peut être transporté dans la seringue de prélèvement SANS l'AIGUILLE. Pour les liquides nécessitant une approche de la formule leucocytaire : prélever un peu de liquide dans un TUBE HEPARINE et bien agiter Existe-t-il un traitement antibiotique en cours ou prescrit ?	15 à 25°C	Mise en culture dans les 2 heures après le prélèvement en protégeant du froid OU ensemencement en flacon d'hémoculture (<48H 35°C) + 1 goutte dans milieu AMIES + frottis sur lame	Héricourt	2 à 5 jours
Cathéter	Cathéter	Boite stérile	Ciseaux stériles + toujours associer des hémocultures prélevées sur réseau veineux périphérique	2-8°C (24H) ou T° ambiante si acheminement immédiat	2-8°C (24h00)	Héricourt	48H à 3 semaines en fonction des germes recherchés



Hémocultures	Sang	1 hémoculture = 4 flacons au minimum (volume total 30 à 40mL de sang) Vérifier la date de péremption des flacons car ce sont des DATES COURTES	Voir Protocole de Recueil Hémoculture Prélever les flacons d'hémoculture après les tubes de sang ! Désinfection rigoureuse de la peau Flacon parfaitement rempli jusqu'au trait Acheminer dans les 2 heures au laboratoire protéger du froid. En cas de suspicion d'endocardite 3 X 1 hémoculture sur 24 heures et hors endocardite 1 prélèvement comportant 2 à 3 flacons Existe-t-il un traitement antibiotique en cours ou prescrit ? Température du patient ? Traitement ?	15-25°C si acheminement immédiat au laboratoire	15-25°C 24h Étuve 35°C si >24h	Héricourt	48H à 3 semaines en fonction des germes recherchés
Recherche de germes multirésistants	Ecouvillonnage nasal ou rectal, selles	1 écouvillon dans milieu de transport AMIES	Prélèvement divers soit au niveau du NEZ, soit au niveau RECTAL Ecouvillonnage rectal pour Entérobactéries productrice de carbapénémase ; BLSE ; entérocoques résistants à la vancomycine Ecouvillonnage nasal en préopératoire pour SARM	15 à 25°C	48 heures avec milieu de transport	Héricourt	1 à 4 jours Parfois 2 semaines pour recherche d'EPC, BLSE, et ERV (envoi CNR)
Prélèvements dermatologiques PEAU ou MUQUEUSES ou PHANERES (ongles, cheveux, squames, cils) Recherche de dermatophytes	Peau ou muqueuses	1 écouvillon dans milieu de transport AMIES + boîte stérile pour recueil de squames cutanées	Voir Protocole de Recueil Prélèvements Peau Précautions d'asepsie Le patient devra éviter de faire une toilette de la zone infectée dans les 12H précédant le recueil Grattage au scalpel pour récupérations des squames puis écouvillonnage ou bien arrachage de poils ; cheveux avec bulbe puis écouvillonnage Pour Ongle : grattage au scalpel de la zone entre partie saine et partie atteinte Existe-t-il un traitement antibiotique ou antifongique en cours ou prescrit ? Antécédents de mycose et traitement antérieur ? Eruption (date) ? Douleur ? Aspect (lésion suintante) ? Traitement en cours ? Contact avec animaux ? séjours éventuels ? fréquentation de piscine ? Equitation ?	15 à 25°C	48 heures avec milieu de transport et squames/ongles dans les 48 heures	Héricourt	3 à 5 jours 4 semaines pour les dermatophytes
Cas particulier Recherche HERPES sur prélèvement de peau ou muqueuse	Peau ou muqueuses	1 écouvillon spécifique M4RT	Voir Protocole de Recueil Prélèvements Peau ou Voir Protocole de Recueil Prélèvements Urétraux ou Voir Protocole de Recueil Prélèvements Vaginaux	2 à 4 °C	Maximum 48 heures	CERBA	3 à 5 jours



Recherche de levures	Muqueuses, prélèvements génétaux, urines, selles	1 écouvillon ESWAB/AMIES urines sur borate selles	Prélèvement de langue ou de bouche par grattage à la spatule puis écouvillonnage prélèvement divers suivant lésion cutanée	15 à 25°C	Mise en culture dans les 48 heures à température ambiante si écouvillon AMIES ou urines sur borate ; Selles : 2H à température ambiante , 24H 4°C	Héricourt	3 à 5 jours
PALU	Sang total EDTA	Sang total EDTA	Renseignements cliniques : pays visité, dates de départ et de retour, prophylaxie (retour de zone d'endémie depuis moins de 2 mois ?), thrombopénie inexpliquée ?	15 à 25°C	Analyse immédiate (test immuno-chromatographique), après coloration pour le frottis et la goutte épaisse Possibilité de conservation 24h 2-8°C (REMIC 6.2)	Luxeuil	J0 : frottis + test immuno-chromatographique (premiers résultats < 2H (RPC 2017)); J0 ou J+1 : goutte épaisse
Spermoculture	Génital (sperme)	Sperme dans un flacon stérile	Voir Protocole de Recueil Sperme Existe-t-il un traitement antibiotique en cours ou prescrit ? Douleur ? Lésion ? Traitement ?	25-35°C	25 à 35°C dans les 30 min au laboratoire - Mise en culture dans les 2 heures à température ambiante	Héricourt	3 à 5 jours



4.5. ANALYSES REALISEES PAR LES LABORATOIRES SOUS TRAITANTS à PRELEVER AU LABORATOIRE ou à ACHEMINEMENT RAPIDE (autres analyses spécialisées : Voir MANUEL DE PRELEVEMENTS ou site Internet du Laboratoire CERBA)

Le tableau ci-dessous comprend une liste alphabétique non exhaustive des analyses devant être prélevées au laboratoire, soit parce que le matériel de prélèvement à utiliser est très spécifique, soit parce qu'elles doivent être centrifugées et congelées immédiatement après le prélèvement (Source : catalogue CERBA). **Les analyses les plus fréquemment prescrites sont surlignées en jaune.** Cette liste étant non exhaustive, se rapprocher du laboratoire pour toutes informations supplémentaires.

Utilisation de ce tableau :

- Après avoir retrouvé l'analyse demandée, vérifier que vous pouvez prélever à l'extérieur du laboratoire ⇒ **la seconde colonne indique les analyses spécialisées devant être prélevées obligatoirement au laboratoire.**
- Si l'analyse peut être prélevée, vérifier que vous pouvez respecter le délai d'acheminement vers le laboratoire ⇒ **la troisième colonne indique les délais pré-analytiques d'acheminement, la quatrième la nature du tube à prélever et la préparation du patient.**

EXAMEN A REALISER	A PRELEVER AU LABORATOIRE	A ACHEMINER EN MOINS DE ...	NATURE DU TUBE A PRELEVER
Ac anti <i>Saccharomyces cerevisiae</i> (ASCA)		...30 minutes	 Signaler au laboratoire le caractère urgent du traitement de l'échantillon
Acide aspartique	X		
Acide gama aminobutyrique	X		
Acide glutamique	X		
Acide lactique	X		
Acides aminés	X		
Acides gras	X		
ACTH	X		
ADH	X		
AGGLUTININES FROIDES	X		
ALANINE	X		
AMP CYCLIQUE	X		
Amphétamine (urines)	X		
AMMONIEMIE	X		



EXAMEN A REALISER	A PRELEVER AU LABORATOIRE	A ACHEMINER EN MOINS DE ...	NATURE DU TUBE A PRELEVER
ANGIOTENSINE II	X		
ANTICOAGULANT CIRCULANT	X		
ARGININE	X		
BILAN DE THROMBOPHILIE (Protéines C et S, RPCA, Facteur V Leyden, Anticoagulant circulant)	X		
CALCITONINE	X		
CALCIUM IONISE	X		
CARYOTYPE	X		
C1 ESTERASE INHIBITEUR	X		
CITRULLINE	X		
Cocaïne (urines)	X		
COMPLEMENT TOTAL CH50	X		
CRYOGLOBULINES	X		
CTX		 3 heures	 prélever le matin à jeun avant 9H
DROGUES URINAIRES	X		
DPNI	X		
ERYTHROPOIETINE	X		
GASTRINE	X		
GLUCAGON	X		
GLUTAMINE		...30 minutes	
HCG marqueur tumoral		 6 heures	
HEPATITE B ADN, génotypage		 4 heures	
HEPATITE C ARN, génotypage		 4 heures	
HLA	X		
HISTAMINE		 4 heures	



EXAMEN A REALISER	A PRELEVER AU LABORATOIRE	A ACHEMINER EN MOINS DE ...	NATURE DU TUBE A PRELEVER
HISTIDINE	X		
HOMA test	X		
HYDROXYPROLINE		... 30 minutes	● Prélever le matin à jeun
ISOLEUCINE	X		
KLEIHAUER (test de)		... 12 heures	
LEUCINE	X		
LYSINE	X		
Marijuana (urines)	X		
Méthamphétamine (urines)	X		
METHIONINE	X		
Méthylène-dioxy-méthamphétamine MDMA (urines)	X		
METHYLHISTIDINE-3	X		
Morphine (urines)	X		
NSE		...1 Heure	
ORNITHINE	X		
OSTEOCALCINE	X		
PHENYLALANINE	X		
POLYPEPTIDE PANCREATIQUE		...4 heures	
PROLINE	X		
PTH RELATED PEPTIDE (PTH RP)	X		
QUANTIFERON	X		
SERINE	X		
SEROTONINE	X		



EXAMEN A REALISER	A PRELEVER AU LABORATOIRE	A ACHEMINER EN MOINS DE ...	NATURE DU TUBE A PRELEVER
SOMATOSTATINE	X		
Test de QUICKY	X		
THREONINE	X		
tPA (marqueur)	X		
TRYPSINE	X		
TRYPTOPHANE	X		
TYROSINE	X		
VIH (charge virale et génotypage)		 4 heures	
VITAMINES A, B, C, E et K	X		



5. URINES PRECONISATION DE RECUEIL

Préconisations de recueil pour les analyses urinaires

ANALYSES DEMANDEES :	Flacon AVEC poudre borate (Conservateur) :	Flacons SEC sans borate :	Flacon de Cytologie Urinaire pour ANAPATH (Contient de l'ETHANOL, alcool dénaturé ou flacon « Cytolit® » solution)
ECBU	✓ Se conserve 48H MAX à T°C ambiante (15-25°C)	✓ Toléré, se conserve 12H MAX au réfrigérateur (2-8°C)	✗
Protéinurie/Albuminurie Sur échantillon	✓ Toléré, Se conserve 24H MAX à T°C ambiante (15-25°C)	✓ Se conserve 24H MAX à T°C ambiante (15-25°C)	✗
Glycosurie sur Échantillon	✓ Toléré, Se conserve 8H MAX au réfrigérateur (2-8°C)	✓ Se conserve 8H MAX au réfrigérateur (2-8°C)	✗
<i>Chlamydia trachomatis</i> <i>Neisseria gonorrhoeae</i> (À faire sur 1 ^{er} jet urinaire)	✗	✓ Se conserve : -24H à température ambiante (15-25°C) -8 jours au réfrigérateur (2-4°C)	✗
Mycoplasmes uro- génitaux	✗	✓ Se conserve : -1h à température ambiante (15-25°C) -48H au réfrigérateur (2-4°C)	✗
Cytologie urinaire (Anatomopathologie)	✗	✗	✓ Se conserve 24H MAX au réfrigérateur (2-8°C)



- **Rappel pour ECBU** : utiliser la lingette désinfectante pour une toilette locale avant recueil, éliminer le premier jet dans les toilettes et uriner dans le flacon. **Ne pas enlever la poudre du flacon !**



Analyses sur urines de 24 heures :

Ionogramme/créatinine/cortisol
libre/acide urique/métanéphrines

Se conserve 24h MAX au
réfrigérateur 2-8°C



HLM (Hématies Leucocytes Minute) = Compte d'Addis :

Flacon spécial distribué au laboratoire
(bidon 24h par défaut)

Transmettre rapidement le flacon au
laboratoire (délai maximum : 2 heures)



ECBU bébé : donner poche collectrice pédiatrique + flacon stérile type coproculture pour déposer la poche dedans (ne jamais transvaser l'urine !)
Eviter une pose trop longue > 1 heure puis amener la poche dans les 2H au laboratoire, sinon conservation à 2-8°C MAX 12 heures

Recueil obligatoire AU LABORATOIRE pour :



Recherche de **stupéfiants** dans les urines

Dosage de **Cotinine urinaire** (métabolite de la nicotine)



6. INSTRUCTIONS POUR LES PRELEVEMENTS EFFECTUES PAR UN PERSONNEL DE SANTE HABILITE

6.1. PREPARATION DU PATIENT (indications de jeûne, horaires du prélèvement, dosage des médicaments)

➤ Cas particulier : analyses devant être prélevées ou acheminées immédiatement au laboratoire :

Certains échantillons nécessitant des conditions exceptionnelles doivent être prélevés au laboratoire de préférence ou acheminés immédiatement au laboratoire (ex : prélèvements de **sperme** ou de **cryoglobulines** conservés au chaud (aux alentours de 35-36°C), **hémocultures**).

➤ Cas particulier des analyses nécessitant d'être à jeun depuis au moins 12 heures
(Recommandations de la SFBC) :

- **Glycémie** et Tests glycémiques (Hyperglycémie provoquée, ...)
- **Bilan lipidique** (cholestérol, triglycérides, Apolipoprotéines)
- **Coefficient de saturation de la transferrine (fer)**
- **Folates (Vit. B9) sériques et érythrocytaires**
- **Test respiratoire à l'urée marquée (Helikit)**

Remarque : A JEUN signifie : ne pas manger, ne pas boire de café, ne pas fumer, dans les 12 heures précédant le prélèvement sanguin. Il est possible de boire un verre d'eau jusqu'à la réalisation de la prise de sang. Il est recommandé de prendre un repas léger la veille au soir.

➤ Cas particulier des analyses devant être prélevées impérativement le matin
(Recommandations de la SFBC) :



- **ACTH, Cortisol** (entre 8 h et 10 h)
- **Prolactine** (entre 8 h et 10 h après un repos de 20 minutes si prolactine poolée)



- **Parathormone** (entre 8 h et 12 h)
- **TSH, T3, T4**

➤ **Cas particulier des dosages de médicaments**
(Recommandations de la SFBC) :

Indiquer systématiquement le **NOM DU MEDICAMENT**, **L'HEURE DE LA DERNIERE PRISE** et la **POSOLOGIE**.

Prélever **AVANT toute nouvelle prise de médicament** pour une étude de la toxicité.

Pour la DIGOXINE, le prélèvement doit être effectué entre 8 et 24 heures APRES la dernière prise.

➤ **Cas particulier des analyses d'hémostase-coagulation**
(Recommandations du GEHT) :

Prélever si possible :

- pose du garrot < **1 minute et peu serré** et le desserrer dès que le sang afflue dans le tube
- site de ponction : veineux éloigné de toute perfusion
- position du tube citrate : 1^{er} tube à utiliser. Le système à ailettes peut être utilisé en cas de veines difficiles, pédiatrie, gériatrie... **Si utilisation d'un système de prélèvement à tubulure (ailettes-épitrâniennes), le tube de purge n'est pas nécessaire car le volume de la tubulure est faible et avec impact minime sur le remplissage du tube.**

Après avoir rempli le tube jusqu'au trait limite de remplissage, mélanger par retournements lents successifs.

Conserver le tube en position verticale et éviter les agitations intempestives, source d'activation des facteurs de la coagulation.

Il est conseillé d'obtenir un maximum de renseignements cliniques notamment la prise de médicaments car il existe des interférences (Xarelto ; Pradaxa ; Eliquis ; Antécédents de phlébite ; Antécédents d'embolie pulmonaire)

⇒ **Patient sous traitement Anti-Vitamine K (AVK) pour dosage d'un INR :**



Indiquer les renseignements cliniques suivants :

- Nom du médicament (*Préviscan, Sintrom, Coumadine*)
- Posologie des 3 jours précédant la prise de sange
- Cible INR recommandée (*selon recommandations de la société française de cardiologie : 2 à 3 / 2,5 à 3,5 / 3 à 4,5 selon les indications*)

⇒ **Patient sous Héparine pour dosage du TCA ou de l'activité anti Xa**
(Source : Vidal) :

Pour le dosage de l'activité anti Xa ou du TCA dans le cadre du suivi d'un traitement par héparine, il est nécessaire de respecter les délais indiqués dans le tableau suivant :

	2 injections / jour	3 injections / jour	TEST
Héparine non fractionnée CALCIPARINE	6 H après l'injection	4 H après l'injection	TCA ou anti Xa
Héparine de bas poids moléculaire (HBPM)	1 ou 2 injections / jour		
FRAGMINE	4 H après l'injection		anti Xa
FRAXIPARINE			anti Xa
FRAXODI			anti Xa
LOVENOX			anti Xa
INNOHEP			anti Xa

6.2. INSTRUCTION CONCERNANT LES PRELEVEMENTS SANGUINS

Certains prélèvements ne peuvent être effectués qu'au laboratoire car ils doivent être préparés rapidement (centrifugation immédiate, congélation...) ou les analyses associées doivent être exécutées rapidement. Voir chapitre 3.1.2.8 sur les urgences ; chapitre 4 avec TABLEAUX DES ANALYSES + LISTE DES ANALYSES A PRELEVER AU LABORATOIRE.

➤ **Vérifications initiales :**



- **Vérifier l'identité du patient (orthographe comprise)** : nom de naissance, nom d'usage, prénom, sexe et date de naissance. Penser à vérifier son adresse également pour la transmission des résultats.
- **Vérifier la prescription médicale** en s'assurant de sa conformité ou de l'optimisation des conditions d'exécution de l'examen. (Si le patient souhaite réaliser une analyse en dehors de la prescription initiale, lui faire remplir le formulaire de demande ...)
 - État de jeûne ou de repos
 - Horaire : médicaments, tests d'hémostase, paramètres à variations nyctémérales de grande amplitude
 - Respect des requêtes particulières du prescripteur (urgences, périodes du cycle, prélèvement sans garrot, horaires...)
- **Vérifier le respect des recommandations pré analytiques énoncées dans le tableau LISTE DES ANALYSES et obtenir des renseignements cliniques afin d'optimiser l'interprétation des résultats.**

➤ **Renseigner la feuille de transmission des prélèvements**

(Voir **chapitre 8** du présent manuel) – ATTENTION certaines demandes particulières nécessitent la délivrance de renseignements cliniques spécifiques – voir liste des analyses SANGUINES (Annexe 13 du présent Manuel de prélèvement) Si besoin, il est possible d'utiliser les feuilles de recueil de renseignements cliniques spécifiques pour certaines analyses : exemple :

. Feuille de renseignements cliniques pour PALUDISME voir **Annexe 12**

➤ **Préparer le patient et le matériel nécessaire :**

- Installer le patient confortablement .
- Examiner avec attention (vue et palpation) le système veineux du patient,
- **Sélectionner les tubes de prélèvement** (nature, contenance et nombre) en fonction des analyses prescrites et du système veineux observé. **NE PAS PRELEVER SYSTEMATIQUÉMENT TOUS LES TUBES !! Utiliser la FICHE de TRANSMISSION afin de connaître précisément les tubes à prélever (voir chapitre 8).**
Penser à vérifier systématiquement la **date de péremption** de chaque matériel sélectionné : **ne jamais utiliser de matériel de prélèvement périmé.**

➤ **Exécution de l'acte en utilisant un système sous vide (Corps de vacutainer)**

- lavage soigneux des mains du préleveur et mettre éventuellement des gants
- désinfection large et soigneuse du site de ponction
- Mise en place d'un **garrot**, **Remarque : Si « Potassium » prescrit : prélever avec un garrot peu serré (ou sans garrot)**
Empêcher la veine de rouler en étirant légèrement la peau du patient
- Réaliser une **ponction franche** de la veine
- **Respecter l'ordre des tubes à prélever et NE JAMAIS TRANSVASER DE SANG D'UN TUBE A UN AUTRE**
- Desserrer le garrot dès que le sang s'écoule dans le tube
- Pendant que le 2nd tube se remplit, **homogénéiser doucement le 1er tube par retournements lents** (NE JAMAIS AGITER VIGOREUSEMENT, source d'hémolyse)



- Retirer l'aiguille à la fin du prélèvement puis éliminer l'aiguille dans les DASRI. **(NE JAMAIS RECAPUCHONNER L'AIGUILLE et NE JAMAIS LAISSER D'AIGUILLE USAGEE DANS UNE BOITE DE PRELEVEMENT.)**
- Maintenir une pression ferme pendant 0,5 à 1 minute, puis mettre un pansement. Si le patient prend un AVK, ou un antiagrégant plaquettaire, presser plus longtemps.
- Éliminer tous les déchets engendrés par l'acte (Voir Chapitre 10 du Manuel)
- Identifier immédiatement les tubes en respectant les préconisations énoncées dans le chapitre 7. **TUBES FOURNIS, NIVEAU DE REMPLISSAGE, UTILISATION :**

COULEUR	BLEU	JAUNE	ROUGE	VERT	VIOLET	GRIS
BOUCHON						
CONTENU	Citrate 0,109 M	GEL + activateur de la coagulation	CAT (activateur de la coagulation)	GEL + héparinate de lithium	EDTA dipotassique	Fluorure de sodium (inhibiteur de la glycolyse)
Nature de l'échantillon	Sang total citraté ou Plasma citraté	Sérum	Sérum	Sang total hépariné ou Plasma hépariné	Sang total EDTA ou Plasma EDTA	Sang total fluoré ou Plasma fluoré
REMPLISSAGE lors du prélèvement	Au moins jusqu'au trait -90%)	Au moins 25%	Au moins 25%	Au moins 25%	Au moins 25%	Au moins 25%
UTILISATION	Hémostase	Biochimie/ Sérologie infectieuse	Biochimie	Biochimie	Hématologie (NFS, Groupes) BNP, HBA1C	Glycémie Alcoolémie

ORDRE DES TUBES A PRELEVER :





BIO-CITY
LURE
HERICOURT
LUXEUIL

MANUEL DE PRELEVEMENT DU LABORATOIRE BIO-CITY

PREA-MU-MQ-002-09

Version : 9

Applicable le : 27-10-2025



(Source : d'après Becton Dickinson)

NE JAMAIS TRANSVASER DE SANG D'UN TUBE A L'AUTRE



ATTENTION : Principaux facteurs liés au prélèvement limitant la qualité des échantillons :

- **Stase sanguine** : le garrot ne doit pas être mis en place trop longtemps.
- **Non-respect de l'ordre des tubes à prélever**
- **Non-respect du rapport volume sanguin / volume anticoagulant** (tubes citratés au moins 90% (jusqu'au trait), autres tubes : au moins 25%).
- **Hémolyse** : agitation vigoureuse des échantillons sanguins prohibée

➤ **Conduite à tenir si le sang ne s'écoule pas dans le tube :**

1. S'assurer que le tube est correctement enfoncé dans le corps de prélèvement (perforation du bouchon). Si le sang ne s'écoule toujours pas, passer à l'étape 2.
2. Pousser l'aiguille plus en avant (biseau entré dans la veine). Si le sang ne s'écoule toujours pas, passer à l'étape 3.
3. Reculer légèrement l'aiguille (veine traversée). Si le sang ne s'écoule toujours pas, passer à l'étape 4.
4. Retirer le tube pour laisser la veine reprendre sa forme, puis réintroduire le tube (veine collabée). Si le sang ne s'écoule toujours pas, passer à l'étape 5.
5. Essayer de prélever avec un nouveau tube (tube défectueux). Si le sang ne s'écoule toujours pas, passer à l'étape 6.
6. Retirer le tube, retirer l'aiguille et rechercher un autre site de ponction.

EN CAS DE PRELEVEMENT DIFFICILE, TOUJOURS PRIVILEGIER LE TUBE SEC car un grand nombre d'analyses sont réalisables sur sérum.

En cas d'échec: proposer un autre préleveur ou proposer au patient de venir au laboratoire.



6.3. PRELEVEMENTS SANGUINS PARTICULIERS :

IMMUNOHEMATOLOGIE : GROUPES SANGUINS ; Phénotypes érythrocytaires, dépistage et identification des anticorps anti-érythrocytaires RAI, test de coombs direct) (d'après Arrêté du 15 Mai 2018)



• **LA SAISIE DE L'IDENTITE DU PATIENT, AVANT TOUT PRELEVEMENT, S'APPUIE SUR UN "DOCUMENT OFFICIEL D'IDENTITE"** (ex : carte identité, passeport, permis de conduire...).

En cas de non-concordance avec l'identité figurant sur la prescription, l'examen ne doit pas être réalisé. Dans le cas d'un enfant mineur qui ne posséderait pas de pièce d'identité, le ministère indique qu'il convient de vérifier l'identité de l'accompagnant et le régime d'exercice de l'autorité parentale (ex : livret de famille). Par ailleurs, lors des prélèvements réalisés à domicile, il est établi dans la convention entre le LBM et l'infirmier libéral (conformément à l'article L. 6211-14 du code de la santé publique) que ce dernier vérifie l'identité du patient à domicile.

• **UN SEUL ECHANTILLON SUFFIT POUR DETERMINER LE GROUPE SANGUIN (TECHNIQUE AUTOMATISEE).**

Si le patient possède une détermination de phénotype antérieure, il est essentiel de vérifier son identité (authenticifiée par le patient lui-même, sauf impossibilité). Dans ce cas, il est inutile de prescrire à nouveau cet examen.

Dans le cas d'un prélèvement pour la détermination du groupe sanguin, plusieurs possibilités existent pour garantir et démontrer la conformité réglementaire :

- Soit 1 seul et unique prélèvement (1 seule détermination)
- Soit 2 prélèvements (2 déterminations dans un contexte transfusionnel avéré) : dans ce cas

Les 2 prélèvements peuvent être réalisés le même jour : faire 2 prélèvements distincts par **2 préleveurs différents** : chacun des préleveurs se présentant au patient avec l'ordonnance et une fiche de suivi médicale.

Les 2 prélèvements peuvent être réalisés 2 jours différents : la même personne peut prélever 2 fois.

EN PRATIQUE : IMMUNO-HEMATOLOGIE et PRELEVEMENTS EXTERNES (en dehors du laboratoire : domicile, IDE, EHPAD, centre de soins ...) :

Avant tout prélèvement, notre laboratoire demande à chaque préleveur externe d'écrire de manière **lisible, exhaustive et sans erreur** l'identité du patient sur la fiche de transmission **Annexe 7, à partir de la présentation d'un document officiel d'identité valide**. Cette opération est tracée directement **en notant le numéro de la pièce d'identité sur la fiche de transmission. En cas d'absence de traçabilité, une non conformité est ouverte qui sera clôturée lorsque le préleveur aura saisi le numéro de la pièce d'identité sur le formulaire FICHE D'ATTESTATION D'IDENTIFICATION DE PRELEVEMENT.**

Au moment du prélèvement, le professionnel de santé vérifie que l'identité déclarée par le patient correspond à celle figurant sur la prescription et, le cas échéant, à celle figurant sur le bracelet d'identification si le patient est hospitalisé. **En l'absence de concordance stricte entre les données d'identité, l'examen est arrêté jusqu'à la résolution de l'erreur.**

Dans l'intérêt des patients et dans la mesure du possible (en fonction des matériels dont il dispose au chevet du malade), **le préleveur essaie d'obtenir du patient une copie de ce document officiel d'identité** (scan, photocopie, photo à l'aide d'un téléphone portable équipé) afin de le communiquer au laboratoire avec les échantillons.



➤ TESTS DYNAMIQUES

TEST	MATERIELS	PROTOCOLE
HGPO SUR 2 HEURES AVEC 75g de glucose pendant la grossesse	Flacon de 75 grammes de glucose  + Matériel pour la prise de sang + Chronomètre ou réveil 	<u>Intérêt</u> : Dépistage du diabète gestationnel - Réaliser un premier prélèvement à jeun (Tube GRIS). Noter sur le tube T0. - Faire boire à la patiente un flacon de 75 grammes de glucose et déclencher le chronomètre sur 60 minutes. Pendant ce temps la patiente reste au repos. Dire à la patiente de prévenir un membre du personnel si elle ne se sent pas bien ou si au bout d'une heure personne n'est venu la re-prélever. - Au bout d'1 Heure, réaliser un 2ème prélèvement (Tube GRIS). Noter sur le tube (T60). Re-déclencher le chronomètre sur 60 minutes en précisant les mêmes informations à la patiente. - Au bout de la 2ème Heure, réaliser un 3ème prélèvement (Tube GRIS). Noter sur le tube (T120). Remplir la fiche de prélèvement en indiquant l'heure de la première prise de sang (T0), l'heure de la seconde prise de sang (T60) et l'heure de fin de test (T120).
EPREUVE D'HYPERGLYCEMIE ORALE (HGPO) en dehors de la grossesse	Flacon de 75 grammes de glucose  + Matériel pour la prise de sang + Chronomètre ou réveil 	<u>Intérêt</u> : Dépistage de l'intolérance au glucose Le patient doit être à jeun. Faire recueillir les urines avant la première prise de sang. - Réaliser un premier prélèvement à jeun (Tube GRIS). Noter sur le tube T0. - Faire boire au patient un flacon de 75 grammes de glucose et déclencher le chronomètre sur 60 minutes. Pendant ce temps le patient reste au repos. Dire au patient de prévenir un membre du personnel s'il ne se sent pas bien. - Au bout de 60 min, réaliser un 2d prélèvement (Tube GRIS). Noter sur le tube (T60). Et re-déclencher le chronomètre sur 60 minutes en précisant les mêmes informations au patient. - Au bout de la 2ème Heure, réaliser un 3ème prélèvement (Tube GRIS). Noter sur le tube (T 120). Réaliser un 2ème recueil d'urines à 120 min. Re-déclencher le chronomètre sur 60 minutes en précisant les mêmes informations au patient. - Au bout de la 3ème Heure, réaliser un 4ème prélèvement (Tube GRIS). Noter sur le tube (T180). Remplir la fiche de prélèvement en indiquant l'heure de la première prise de sang (T0), l'heure de la seconde prise de sang (T60), l'heure de la troisième



		(T120) et l'heure de fin de test (T180). Idem pour les prélèvements urinaires (T0) et (T120). (Les prises de sang peuvent se faire en plus à T240 si le prescripteur le précise sur l'ordonnance).
DOSAGE DE LA PROLACTINE Et PROLACTINE POOLÉE	Matériel pour la prise de sang + Chronomètre ou réveil 	<u>Intérêt : Etude de la fertilité, aménorrhée / galactorrhée</u> <u>Si l'ordonnance indique : PROLACTINE</u> Le prélèvement se fait chez la femme entre 8H et 10H. La patiente doit être au repos. - Réaliser un seul prélèvement (Tube ROUGE ou JAUNE). Remplir la fiche de prélèvement en indiquant l'heure de la prise de sang. <u>Si l'ordonnance indique : PROLACTINE POOLÉE</u> Le prélèvement se fait chez la femme entre 8H et 10H. La patiente doit être au repos. - Réaliser un premier prélèvement (Tube ROUGE ou JAUNE). Noter sur le tube T0. Déclencher le chronomètre sur 20 minutes selon la prescription. Pendant ce temps la patiente reste au repos. - Au bout de 20 min, réaliser un 2nd prélèvement (Tube ROUGE ou JAUNE). Noter sur le tube T20. Remplir la fiche de prélèvement en indiquant l'heure de la première prise de sang (T0), l'heure de la seconde prise de sang (T20).



6.4. INSTRUCTION CONCERNANT LES PRELEVEMENTS BACTERIOLOGIQUES

Voir Chapitre 4 / TABLEAUX DES ANALYSES : pour les analyses à prélever au laboratoire.

Matériels à disposition des préleveurs externes : voir les Modes Opératoires ci-après présentant les kits fournis par Biocity

Si besoin, le laboratoire peut fournir sur demande :

- . Des écouvillons supplémentaires
- . Des documents relatifs aux prélèvements réalisés (protocole de prélèvement bactériologiques, fiches techniques du matériel de prélèvement....)

Les préleveurs effectuent les demandes de matériel en adressant au laboratoire les **formulaires de demande de matériel** (**Annexe 5** ou **Annexe 6**).

Réalisation d'un prélèvement bactériologique :

1. Vérifications initiales :

- Vérifier l'identité du patient (orthographe comprise) : nom de naissance, nom d'usage, prénom, sexe et date de naissance. Penser à vérifier son adresse également pour la transmission des résultats.
Vérifier la prescription médicale en s'assurant de sa conformité ou de l'optimisation des conditions d'exécution de l'examen. (Si le patient souhaite réaliser une analyse en dehors de la prescription initiale, lui faire remplir le formulaire de demande)
- **Vérifier le respect des recommandations préanalytiques énoncées dans les fiches techniques relatives à chaque prélèvement, et obtenir des renseignements cliniques afin d'optimiser l'interprétation des résultats.**

2. Renseigner la feuille de transmission des prélèvements

(Voir chapitre 8 du présent manuel) – ATTENTION certaines demandes particulières nécessitent la délivrance de renseignements cliniques spécifiques – voir liste des analyses en BACTERIOLOGIE (chapitre 4 du présent Manuel de prélèvement) Si besoin, il est possible d'utiliser les feuilles de recueil de renseignements cliniques spécifiques pour certaines analyses : exemple :

- . Feuille de renseignements cliniques pour COVID 19 jointe avec les kits de prélèvements
- . Feuille de renseignements cliniques pour FROTTIS avec les kits de prélèvements
- . Feuille de renseignements cliniques pour PRELEVEMENT VAGINAL avec les kits de prélèvements

3. Préparer le patient et le matériel nécessaire puis réaliser le prélèvement

(Voir les Modes Opératoires fournis avec les écouvillons)

7. IDENTIFICATION DES ECHANTILLONS PRIMAIRES

L'identification des échantillons primaires doit être effectuée par le préleveur immédiatement après le prélèvement et aux côtés du patient.

Source : Décret 2002-660 du 30 avril 2002. « Art. 20-5. - Les prélèvements destinés à être transmis à un laboratoire de biologie médicale effectués par les professionnels de santé, y compris ceux exerçant au sein des établissements et des centres de santé ne disposant pas de laboratoire d'analyses de biologie médicale, doivent être **parfaitement identifiés**. Ils le sont par le **nom patronymique, le nom marital ou usuel, le prénom, la date de naissance et le sexe du patient, mentionnés par le professionnel de santé au moment du prélèvement**. Ce dernier spécifie son nom et précise la date et l'heure du prélèvement. »

Chaque échantillon primaire doit donc comporter pour chaque patient les mentions suivantes, écrites lisiblement et parfaitement orthographiées :

- **Nom de naissance obligatoire** selon la Loi du 04/03/2002)
- **Nom usuel (=Nom d'usage)** ⇒ facultatif mais recommandé, il doit être inscrit sur la fiche de transmission associé aux échantillons
- **Prénom**
- **Date de naissance**
- **Sexe**

Exemple 1 (femme ayant un nom de naissance différent du nom d'usage) :

Nom de naissance : DUPONT

Nom d'usage : MARTIN

Prénom : Marie

Née le : 12/08/1979

Sexe : F

Vous devez indiquer sur le tube :

MARTIN Marie née DUPONT le 12/08/1979 sexe : F



Exemple 2 (femme ayant un nom de naissance identique à celui de son nom d'usage) :

Nom de naissance : DUPONT

Nom d'usage : DUPONT

Prénom : Marie

Née le : 12/08/1979

Sexe : F

Vous devez indiquer sur le tube :

DUPONT Marie née DUPONT le 12/08/1979 sexe : F



- **IMMUNO-HEMATOLOGIE (Groupe sanguin et/ou RAI) :** demander une **pièce d'identité** valide : Carte Nationale d'Identité, passeport, permis de conduire, ... Faire une **photocopie de la pièce d'identité** et la joindre à la demande d'analyse si possible (à défaut préciser sur la fiche de transmission « **pièce d'identité vérifiée** »).

CAS PARTICULIER de la distribution d'étiquettes autocollantes pré remplies aux patients ou aux IDE

- Sur demande des préleveurs externes, des étiquettes identifiées au nom de naissance, nom d'usage, prénom, date de naissance et sexe des patients peuvent être fournies par le laboratoire.
- **L'utilisation de ces étiquettes pour l'identification des échantillons ne doit se faire qu'immédiatement APRES le prélèvement en présence et à la vue du patient. Cela exclut tout pré-étiquetage des tubes au cabinet infirmier ! Tout écart pourra mettre fin à la délivrance des étiquettes par le laboratoire, comme mesure corrective résultant d'une utilisation non conforme des étiquettes.**

POSITIONNEMENT de l'ETIQUETTE : au ras du bouchon, parfaitement verticale. Il est primordial que l'étiquette ne cache pas l'intérieur du tube afin que le laboratoire réalise les contrôles sur le volume et la qualité de l'échantillon (hémolyse....)



CONFORME



NON CONFORME



- **Les prélèvements bactériologiques (urines, selles, écouvillons, frottis ...) :**
suivent les mêmes règles d'identification que les prélèvements sanguins.

PRESENTATION DU SYSTEME D'IDENTITOVIGILANCE MIS EN PLACE

L'identification imprécise ou incomplète d'échantillons biologiques peut être à l'origine de graves erreurs ou dysfonctionnements : confusion de patients par suite d'homonymies, perte des antécédents, impossibilité d'établir la carte de groupe sanguin, mauvaise transmission des résultats ...

- **En cas d'absence d'identification ou identification illisible des échantillons, le prélèvement sera refusé par notre laboratoire.**
- **En cas d'identification partielle** (erreur de prénom, date de naissance, faute d'orthographe dans l'identification), **l'échantillon sera mis de côté par le laboratoire sous réserve de l'obtention d'une confirmation écrite et signée par le préleveur** (voir Annexe 8). **Aucun résultat ne peut être rendu sans confirmation d'identité écrite.**

Après obtention de la conformité d'identité par le préleveur, un commentaire est noté systématiquement sur le compte rendu de résultats destiné au prescripteur et au patient. Ce commentaire indique : **" Résultat sous réserve : non-conformité d'identification du prélèvement + description du problème + identification par : « nom du préleveur ».**

8. RENSEIGNEMENT DES FICHES DE TRANSMISSION DES ECHANTILLONS

Annexe 7

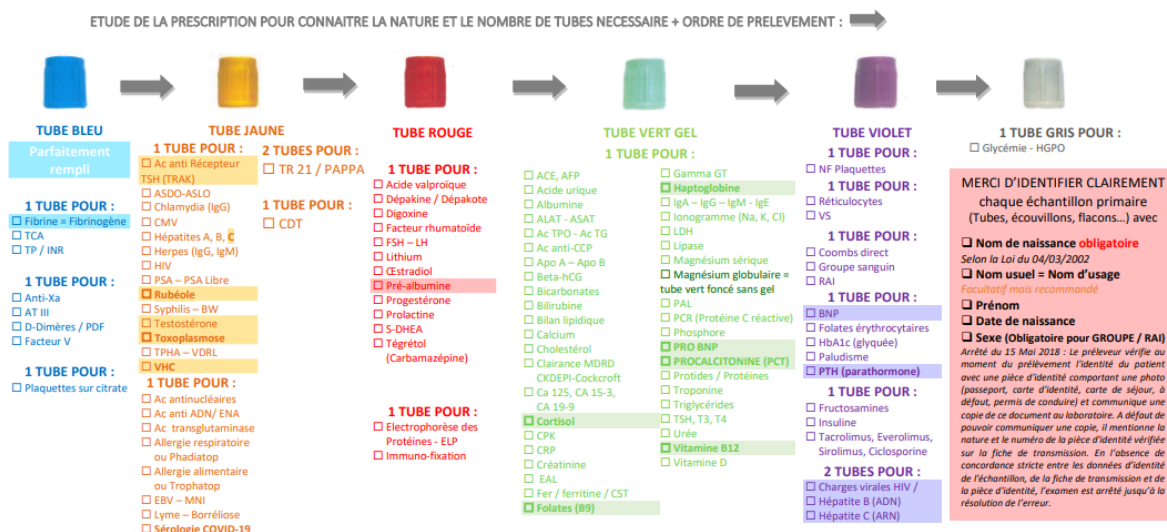
Conformément au décret 2002-660 du 30 avril 2002, lorsque le prélèvement est effectué par un professionnel de santé, l'ordonnance devra être accompagnée d'une fiche de transmission de prélèvement.



Cette fiche de transmission, présente dans chaque boîte de prélèvement, doit être renseignée LISIBLEMENT par le préleveur afin d'associer le prélèvement au bon patient et d'apporter tous les renseignements utiles au laboratoire (cliniques, ...). En fonction de la demande d'analyse, INTERROGER le PATIENT afin d'obtenir les renseignements cliniques nécessaires : symptômes actuels, maladies aiguës ou chroniques, traitement en cours ...

Partie réservée au PRELEVEUR :

ETUDE DE LA PRESCRIPTION afin de connaître la NATURE et le NOMBRE de tubes sanguins à prélever et l'ORDRE DE PRELEVEMENT



1. COCHER LES ANALYSES DE LA PRESCRIPTION

2. SELECTIONNER LE ou LES TUBES à PRELEVER

3. REALISER le PRELEVEMENT en veillant à RESPECTER L'ORDRE INDIQUE

4. IDENTIFIER CLAIREMENT / LISIBLEMENT LES ECHANTILLONS EN PRESENCE DU PATIENT

**RENSEIGNEMENTS
CLINIQUES DU
PRELEVEMENT :**

Inscrire la DATE et l'HEURE.

Chaque analyse doit être réalisée dans un délai maximum après le prélèvement c'est pour cela que certaines analyses doivent être réalisées uniquement au laboratoire

**Identification
UNIVOQUE du
PRELEVEUR :**

Inscrire vos NOM, PRENOM et votre signature
Le laboratoire sait qui contacter si besoin.

**Notion
d'URGENCE :**

Le laboratoire dispose d'une procédure de traitement spécifique des échantillons urgents

**Identification UNIVOQUE du
PATIENT sur TUBES ET FICHE :**

Inscrire obligatoirement son nom de naissance, nom d'usage, prénom, sexe et date de naissance
Préciser Adresse pour envoi du résultat et téléphone pour contact direct

Le laboratoire met à disposition sur demande des préleveurs des **planches d'étiquettes pour les patients** ayant des ordonnances

FICHE DE TRANSMISSION DES PRELEVEMENTS S.A-MU-EN-016-12

IDENTITE DU PRELEVEUR

NOM / PRENOM / QUALITE

DATE du

HEURE du

URGENT

LIBM HERICOURT 4 rue Dr Guélier 70400 HERICOURT

Tel : 03.84.56.83.33 Fax : 03.84.46.09.74

LIBM LUXEUIL 4 rue Jules Adler 70300 LUXEUIL

Tel : 03.84.40.21.70 Fax : 03.84.40.43.28

LIBM RECHIN 4 rue Siblot 70200 LURE

Tel : 03.84.62.77.77 Fax : 03.84.30.11.53

LIBM HERICOURT 4 rue Dr Guélier 70400 HERICOURT

Tel : 03.84.56.83.33 Fax : 03.84.46.09.74

LIBM LUXEUIL 4 rue Jules Adler 70300 LUXEUIL

Tel : 03.84.40.21.70 Fax : 03.84.40.43.28

LIBM RECHIN 4 rue Siblot 70200 LURE

Tel : 03.84.62.77.77 Fax : 03.84.30.11.53

LIBM HERICOURT 4 rue Dr Guélier 70400 HERICOURT

Tel : 03.84.56.83.33 Fax : 03.84.46.09.74

LIBM LUXEUIL 4 rue Jules Adler 70300 LUXEUIL

Tel : 03.84.40.21.70 Fax : 03.84.40.43.28

LIBM HERICOURT 4 rue Dr Guélier 70400 HERICOURT

Tel : 03.84.56.83.33 Fax : 03.84.46.09.74

LIBM LUXEUIL 4 rue Jules Adler 70300 LUXEUIL

Tel : 03.84.40.21.70 Fax : 03.84.40.43.28

LIBM RECHIN 4 rue Siblot 70200 LURE

Tel : 03.84.62.77.77 Fax : 03.84.30.11.53

LIBM HERICOURT 4 rue Dr Guélier 70400 HERICOURT

Tel : 03.84.56.83.33 Fax : 03.84.46.09.74

LIBM LUXEUIL 4 rue Jules Adler 70300 LUXEUIL

Tel : 03.84.40.21.70 Fax : 03.84.40.43.28

LIBM RECHIN 4 rue Siblot 70200 LURE

Tel : 03.84.62.77.77 Fax : 03.84.30.11.53

LIBM HERICOURT 4 rue Dr Guélier 70400 HERICOURT

Tel : 03.84.56.83.33 Fax : 03.84.46.09.74

LIBM LUXEUIL 4 rue Jules Adler 70300 LUXEUIL

Tel : 03.84.40.21.70 Fax : 03.84.40.43.28

LIBM HERICOURT 4 rue Dr Guélier 70400 HERICOURT

Tel : 03.84.56.83.33 Fax : 03.84.46.09.74

LIBM LUXEUIL 4 rue Jules Adler 70300 LUXEUIL

Tel : 03.84.40.21.70 Fax : 03.84.40.43.28

LIBM RECHIN 4 rue Siblot 70200 LURE

Tel : 03.84.62.77.77 Fax : 03.84.30.11.53

LIBM HERICOURT 4 rue Dr Guélier 70400 HERICOURT

Tel : 03.84.56.83.33 Fax : 03.84.46.09.74

LIBM LUXEUIL 4 rue Jules Adler 70300 LUXEUIL

Tel : 03.84.40.21.70 Fax : 03.84.40.43.28

LIBM RECHIN 4 rue Siblot 70200 LURE

Tel : 03.84.62.77.77 Fax : 03.84.30.11.53

LIBM HERICOURT 4 rue Dr Guélier 70400 HERICOURT

Tel : 03.84.56.83.33 Fax : 03.84.46.09.74

LIBM LUXEUIL 4 rue Jules Adler 70300 LUXEUIL

Tel : 03.84.40.21.70 Fax : 03.84.40.43.28



ORDONNANCE

JOINTE :

Evitez que le laboratoire ne vous contacte si l'ordonnance n'est pas jointe

MODE DE MODE DE TRANSMISSION DES RESULTATS :

Indiquer le mode de transmission désiré par le patient. Cette information accélère le rendu du compte rendu (postal ou non). Le SERVEUR internet permet la consultation rapide des résultats de validation biologique. L'IDE peut être mandaté par le patient pour la consultation de son résultat.

SITE DE PRELEVEMENT :

Les résultats microbiologiques sont interprétés différemment en fonction du site de prélèvement.

ECHANTILLONS A VENIR :

Indiquer précisément si des échantillons sont à venir ou si certains échantillons sanguins n'ont pas pu être prélevés. Évitez des appels téléphoniques inutiles. Préciser la DATE de TRANSMISSION au labo.

SECURITE LIEES AUX PRELEVEMENTS

Précautions standard :

- Ne pas recapuchonner les aiguilles,
- Ne pas désadapter les aiguilles à la main,
- Déposer immédiatement après usage les objets piquants ou tranchants dans des conteneurs adaptés,
- Mettre des gants s'il y a un risque de contact avec du sang ou des liquides biologiques.

Préciser si ordonnance à répétition. Si plusieurs ordonnances à répétition, préciser laquelle utiliser.

AUTORISATION PATIENT :

Evitez de remplir plusieurs formulaires

=> COCHER la CASE pour ACCEPTATION /SIGNATURE PATIENT

COMPTE LABOCONNECT :

=> SAISIR ADRESSE MAIL UNIQUE et PERSONNELLE

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES EN FONCTION de la FAMILLE d'exams

IMMUNO-HEMATO : nécessite la vérification SYSTEMATIQUE de l'IDENTITE avec une PIECE d'IDENTITE

- **HEMOSTASE :** indiquer le nom de l'anticoagulant et la posologie associée

- **MEDICAMENTS :** nécessite posologie, date et heure et quantité de la dernière prise, poids et taille.

- **HORMONOLOGIE :** Les valeurs de référence des dosages hormonaux varient au cours du cycle menstruel

- **BACTERIOLOGIE :** A COMPLETER UNIQUEMENT pour les prélèvements sans fiche dédiée tel que LIQUIDE de PONCTION, PUS, ECOUVILLONS recueillis au niveau ORL, urétral, dermatophytes, scotch-test

- L'absence de jeûne interfère avec les résultats de la glycémie, du bilan lipidique, du bilan martial

- Les NFS des patients avec chimiothérapies et leucémies font souvent l'objet d'une lecture manuelle de la formule sanguine par le biologiste



- Le port de gants doit être systématique en cas de lésions des mains, même minimes,
- Se laver les mains ou effectuer une friction hydro-alcoolique avant et après chaque soin et après chaque acte technique.

Voir Annexes 9 et 10 sur la conduite à tenir en cas d'Accident d'Exposition au Sang (AES) et le questionnaire patient source d'AES

CONDUITE A TENIR EN CAS D'INCIDENT LORS DU PRELEVEMENT :

CAS	CAUSE(S) PROBABLE(S)	CONDUITE A TENIR	PRODUITS A UTILISER
Malaise du patient qui reste cependant conscient	Angoisse, Anxiété, jeûne, ...	- Garder son calme et rassurer le patient. - Retirer l'aiguille et arrêter le prélèvement - Faire comprimer par le patient le point de prélèvement ou à défaut le faire soi-même. - Allonger le patient en inclinant le dossier du fauteuil à l'horizontale - Relever les jambes du patient le plus haut possible, Ventiler la pièce. - Si besoin, desserrer les vêtements du patient. - Eviter la perte de connaissance en retenant l'attention du patient : lui demander de respirer à fond. - Ne pas laisser la personne seule - Proposer à la personne de contacter son entourage (pour la ramener chez elle quand elle ira mieux) Si la personne demande spontanément du sucre, donner sucre en morceaux ou compote en gourde individuelle, cela peut pallier à une éventuelle hypoglycémie si le client est venu à jeun. Un ou deux verres d'eau fraîche peuvent aider également à la récupération. En cas de convulsions, mettre la personne en position latérale de sécurité (PLS) et veiller à ce qu'elle ne se blesse pas. - Si le malaise persiste, si la personne se plaint de douleurs, de nausées : appelez un médecin ou le centre 15.	Sucre en morceaux. Compote en gourde. Eau fraîche.
CAS	CAUSE(S) PROBABLE(S)	CONDUITE A TENIR	PRODUITS A UTILISER
Saignement de nez	Traumatique ou non	- Faire moucher la victime et appuyer sur la narine qui saigne, tête penchée en avant.	Néant
Hématome au point de prélèvement	Garrot trop serré, Prélèvement difficile. (Veines invisibles, trop profondes, veines très fines, mobiles, ponctions répétées, début de sclérose.) Comportement anormal du patient, gestes inconsidérés.	- Rassurer le patient. - Compresser le point de prélèvement pendant un certain temps. - Mettre de l'Hémoclar ou une compresse alcoolisée Conseiller l'exposition au froid (poche de glace).	Hémoclar ou Compresse alcoolisée

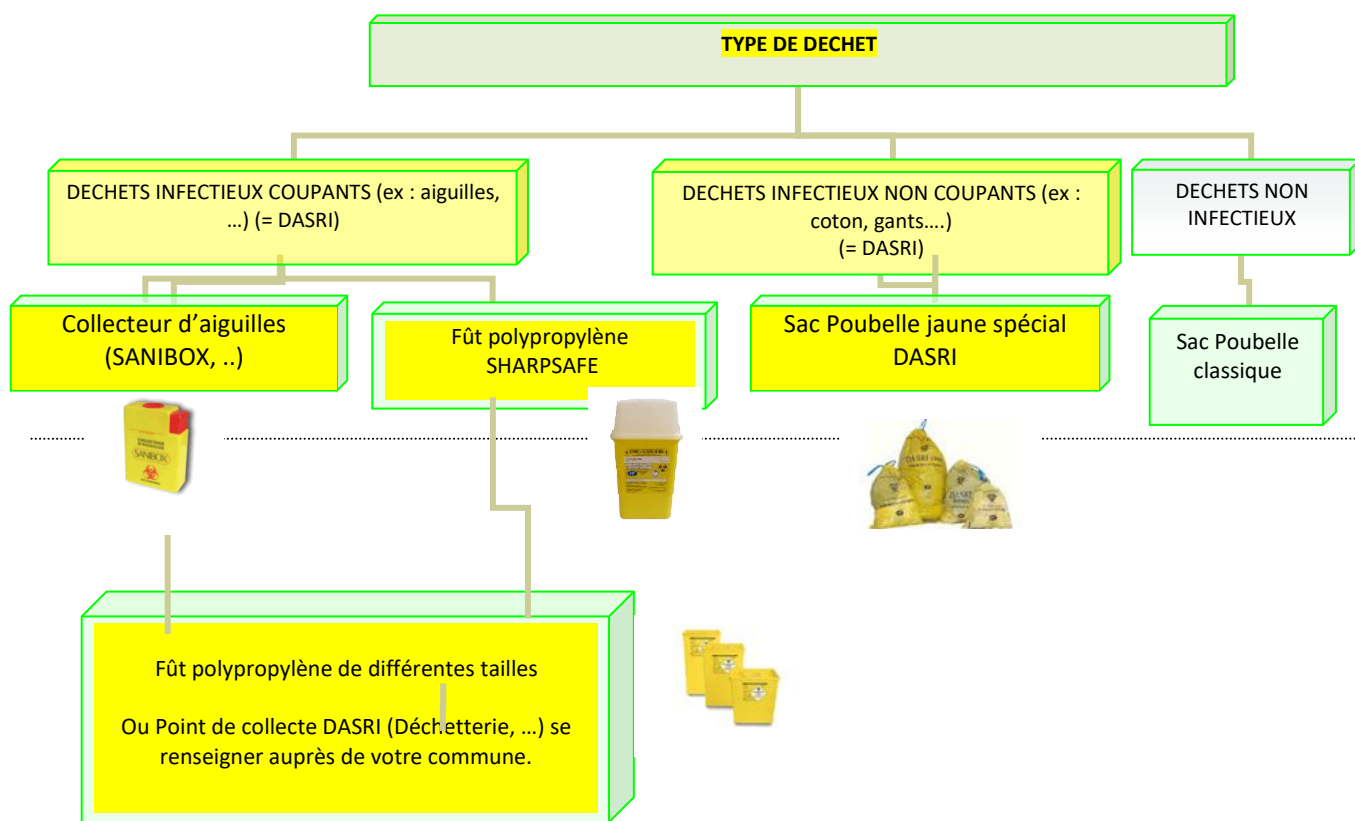


Malaise vagal +/-Perte de connaissance du patient (Syncope) - respiration conservée - Pâleur - Peau moite. - Pouls radial faible	Anxiété, jeune + causes médicales	- Garder son calme et retirer l'aiguille afin d'arrêter le prélèvement, - Comprimer l'endroit de la ponction avec un tampon alcoolisé. - Incliner le dossier du fauteuil de manière à ce qu'il soit le plus allongé possible avec si possible la tête en position déclive. - Relever les jambes du patient de manière à ce qu'elles soient plus hautes que la tête et le couvrir si nécessaire. Possibilité de ventiler la pièce - Si besoin, supprimer toute cause de compression carotido-jugulaire. (Foulard, cravate, col trop serré...) - Pour le faire revenir à lui : Parler fort / Humidifier une compresse et la passer sur son visage - Attendre le retour total à la conscience. Si la perte de connaissance persiste : appeler le 15. Remarque : en cas de crise d'épilepsie prendre toutes les précautions nécessaires pour éviter que le patient ne se blesse et dégager les voies respiratoires. En cas de convulsions : mettre le patient en position latérale de sécurité et veiller à ce qu'il ne se blesse pas.	
Perte de connaissance + arrêt respiratoire + absence totale de réponse = Suspicion d'arrêt cardiaque	Non établie	URGENCE VITALE - Appel du 15 pour suspicion d'arrêt cardiaque - Dégager les voies respiratoires - Massage cardiaque (action prioritaire) +/- insufflations chez l'enfant tous les 30 massages - Défibrillation Pour information : chaque site BIOCITY est équipé d'un DEFIBRILLATEUR	Eventuellement DEFIBRILLATEUR si vous en avez un à proximité

DANS TOUS LES CAS, NOTER L'INCIDENT SUR LA FICHE DE TRANSMISSION.



10. ELIMINATION DES DECHETS





11. STOCKAGE et TRANSPORT DES ECHANTILLONS

Température et délais pour l'acheminement des échantillons primaires vers le laboratoire

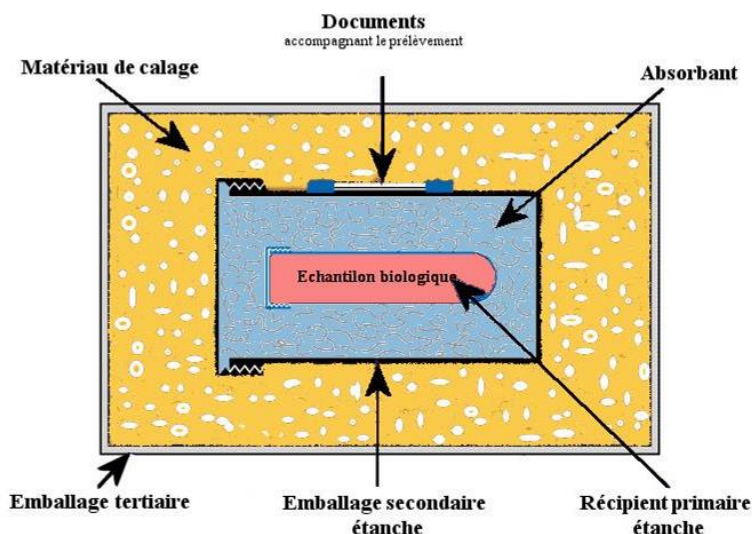
Entre le moment du prélèvement et la transmission vers le laboratoire, les échantillons doivent être conservés à température ambiante entre 15 et 25°C sauf cas particulier et à l'abri des vibrations et des chocs. **Les délais et températures d'acheminement des échantillons sont présentés dans le listing des analyses définis, à partir de données bibliographiques et de données des fournisseurs du laboratoire.** Il est très important de suivre les exigences définies car elles interviennent directement sur la qualité du processus de réalisation des analyses validé par notre laboratoire.

CAS PARTICULIER DES PRELEVEMENTS URINAIRES POUR ECBU QUI N'ONT PAS ETE REALISES SUR FLACONS BORATES : ILS DOIVENT ETRE MAINTENUS ENTRE 2 ET 8°C SI LE TRANSPORT EST DIFFERE.

Veiller à ne pas faire subir de choc thermique à l'échantillon qui occasionnerait une altération et donc un traitement analytique faussé voire irréalisable. Eviter les températures extrêmes notamment l'été et l'hiver. NE PAS LAISSER DES MALETTES D'ECHANTILLONS PRELEVES DANS UNE VOITURE A L'ARRET NON CLIMATISEE. NE PAS STOCKER LES ECHANTILLONS DANS DES BOITES AUX LETTRES.

Conditionnement des échantillons primaires selon le principe du TRIPLE EMBALLAGE (source GBEA et arrêté ADR) :

Le transport des échantillons biologiques est potentiellement contaminant. Il doit se faire le plus rapidement possible et nécessite de respecter la réglementation en vigueur. Des boîtes spécifiques respectant le « triple emballage » sont fournies aux préleveurs par Bio-City.



LE TRIPLE EMBALLAGE EST CONSTITUE DE :

- UN ECHANTILLON PRIMAIRE ETANCHE CONTENU DANS DES TUBES, FLACONS, ECOUVILLONS, ...ETIQUETES AU NOM DU PATIENT.
- UN EMBALLAGE SECONDAIRE ETANCHE POSSEDANT DES COMPARTIMENTS RESERVES AU STOCKAGE DU OU DES RECIPIENTS PRIMAIRES.
- L'EMBALLAGE TERTIAIRE RESISTANT PORTANT LE NOM ET L'ADRESSE DU LABORATOIRE DESTINATAIRE. Sa surface est marquée par les 2 logos obligatoires :

Matières biologiques catégorie B





Applications aux échantillons prélevés en dehors du laboratoire :

Réceptif PRIMAIRE ETANCHE	Réceptif SECONDAIRE ETANCHE avec absorbant pour les liquides	Réceptif TERTIAIRE RESISTANT
Flacons pour Hémoculture X 3 si possible Vérifier l'étanchéité des flacons 	 Sachet étanche  Matériau absorbant (+buvard absorbant)	 Glacière résistante contenant éventuellement des plaques eutectiques afin de maintenir une température adéquate.
Tubes de sang 	Boîte TRIPLE EMBALLAGE résistante AVEC absorbant 	La boîte TRIPLE EMBALLAGE est conforme au transport direct.
Flacons contenant des urines (ECBU, compte addis, urines de 24H...) ou crachats /expectoration  OU  Flacons contenant des selles (Coproculture, parasitologie ...)  OU Flacons contenant du sperme (Spermoculture, spermogramme ...)  Vérifier l'étanchéité des flacons	 Sachet étanche  Matériau absorbant pour échantillon	 Glacière résistante contenant éventuellement des plaques eutectiques afin de maintenir une température adéquate.
 Ecouvillonsensemencés avec ou sans MILIEUX de transport (prélèvement vaginal, ...) Boite de pétri (prélèvement de peau, phanères, ...) 	 Sachet étanche	



Conduite à tenir en cas d'échantillons multiples :

Pour un même patient, dans le cas d'urines ou prélèvements bactériologiques accompagnant un prélèvement sanguin, signaler ces échantillons au laboratoire : essayer de ne pas les désolidariser. (Utiliser par exemple un élastique...)



Conduite à tenir en cas d'échantillons urgents :

Signaler les urgences justifiées sur les fiches de transmission mais également à l'extérieur des boîtes afin d'optimiser la prise en charge rapide de l'échantillon. (Utiliser par exemple un post-it collant ou une étiquette auto collante...)

VERIFICATION des TEMPERATURES des POINTS de COLLECTE (Pharmacie, Etablissement de soins)

Notre laboratoire organise régulièrement des études des conditions environnementales des différents points de collecte. La conservation des échantillons entre 15-25°C est importante pour la qualité du résultat de certains examens réalisés : potassium, LDH, folates, bilan de coagulation notamment qui tolèrent mal l'exposition à des températures trop élevées ou trop basses.

Afin de maintenir une température située entre 15-25°C :

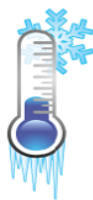
- Ne pas exposer le matériel de prélèvement à des températures extrêmes : ne pas le stocker dans le coffre d'une voiture, privilégier un bâtiment tempéré en permanence
- Transporter le matériel de prélèvement dans une malette fermée isolante munie d'une plaque eutectique régénérée dans un bâtiment tempéré, maintenant une température située entre 15-25°C
- Ne pas laisser la malette dans un véhicule à l'arrêt (l'emporter au domicile des patients pour y déposer les boîtes de prélèvement immédiatement après réalisation du geste technique)
- Si le laboratoire passe chercher les prélèvements dans un local vous appartenant, tempérer la zone de dépôt des prélèvements.

Afin d'assurer la qualité des résultats de vos patients, tous les prélèvements sanguins doivent être conservés à une température comprise entre 15 et 25°C, quelle que soit la température externe (froid ou chaleur). Chaque préleveur est tenu de tout mettre en œuvre pour MAITRISER les variations de température.

Préconisations de BIOCITY :



• **Mallette de transport isotherme et plaques eutectiques :**



Plaque eutectique : 2 modes de fonctionnement

Mallette de transport isotherme

Conservez tout le matériel de prélèvement à température ambiante avant utilisation : ne laissez ni les coffrets ni la mallette dans une voiture garée dehors

en cas de froid

La VEILLE, stocker les plaques VERS UN POINT CHAUD (+25°C / +28°C) (ex : radiateur...) 4H minimum

en cas de chaleur

La VEILLE, stocker les plaques AU REFRIGERATEUR 2H minimum

Entretien des plaques à l'eau savonneuse – **NE PAS METTRE AU LAVE VAISSELLE**

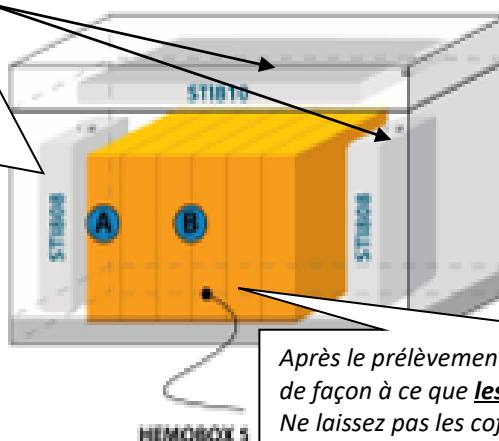
Méthodologie à appliquer :

Au démarrage de votre tournée matinale, placez dans la mallette de transport **une ou plusieurs plaques eutectiques adaptées à la température extérieure :**

Positionner les plaques de façon à ce qu'elles ne soient pas en contact direct avec les échantillons (POCHES DEDIEES)

Voir dessin ci-contre :

**DUREE CONSERVATION
TEMPERATURE PREANALYTIQUE
GARANTIE : Maximum 6 HEURES**



Pour un maintien optimal de la température, il est préconisé que la masse des plaques eutectiques soit deux fois supérieure à celle transportée.

Après le prélèvement, positionner les HEMOBOX dans la mallette de façon à ce que **les échantillons soient en position debout**. Ne laissez pas les coffrets en attente dans votre véhicule

Utiliser de préférence un véhicule climatisé afin de ne pas faire subir de choc thermique aux échantillons.

Placer la glacière dans le coffre du véhicule équipé d'une cloison de protection entre coffre et habitacle afin de protéger son occupant en cas d'accident.

Nous vous remercions pour tout ce que vous mettez en oeuvre pour respecter ces consignes essentielles.



12. TRAITEMENT POST-ANALYTIQUE (après analyse)

12.1. DÉLAIS DE RENDU DES RÉSULTATS

Analyses effectuées par Bio-City : délais de rendu indiqués dans les pages LISTE DES ANALYSES.

Analyses transmises à un laboratoire spécialisé : délai de rendu des résultats variable selon l'analyse : en général 7 jours minimum (voir catalogue des sous-traitants).

12.2. CONSERVATION DES ÉCHANTILLONS APRÈS ANALYSE (TABLEAU)

<i>SECTEUR ANALYTIQUE</i>	<i>Temps de conservation</i>	<i>Numéro du cas (Possibilité d'effectuer un contrôle)</i>
Hématologie automatisée (NF)	7 jours	N°2
Vitesse de sédimentation	7 jours	N°2 dans les 24H entre 4 et 8°C puis cas N°1
Frottis sanguins	7 jours	N°3
Immuno-hématologie (Groupes, RAI)	7 jours	N°2
Hémostase	7 jours	N°1
Electrophorèse et immunofixation	7 jours	N°2
Biochimie	7 jours	N°2
Hémoglobine glyquée	7 jours	N°2
Chimie urinaire hors drogues	7 jours	N°2
Drogues urinaires	Un an pour la biothèque	N°3
Immuno-enzymologie, dosages de médicaments effectués à Lure – Sérologies	7 jours	N°2
	Un an pour la sérothèque (+ Beta-HCG positives)	N°3
Immuno-enzymologie de Luxeuil et Héricourt	7 jours	N°2
	Un an pour la sérothèque (+ Beta-HCG positives)	N°3
Immuno-enzymologie de Luxeuil et Héricourt Cas particulier des troponines	7 Jours	N°2
Auto-immunité	7 Jours	N°2
Biologie Moléculaire	7 jours	N°2
Dosages immunologiques et sérologies infectieuses	7 jours	N°2
Bactériologie Prélèvements primaires <u>hors ECBU et SELLES</u> après analyse (⇒ écouvillons, pot de selles...)	Jusqu'au rendu résultat	N°1
Bactériologie Prélèvements primaires ECBU et selles après analyse	3 jours	N°2
Bactériologie Cultures	Jusqu'au rendu résultat	Les échantillons sont conservés dans le cas d'un développement tardif des germes N°3
Cas des PAPP/HT21 envoyés à un sous-traitant	Un an pour la sérothèque	N°3

Cas N°1 : Aucun résultat ne pourra être rendu à partir du prélèvement conservé. Seul un contrôle de l'identité figurant sur l'échantillon sera réalisé.

Cas N°2 : Un rajout d'analyse ou un contrôle de résultat d'analyses pourra être effectué selon le délai défini dans le « Tableau synthétique des analyses en annexe 14 » du présent Manuel. La date du prélèvement sera précisée sur le compte rendu.

Cas N°3 : Un résultat peut être rendu sans aucune réserve.

Remarque : Les tubes surnuméraires (prélevés en plus) sont également conservés durant 7 jours.



12.3. DÉLAIS POUR L'AJOUT D'UNE ANALYSE COMPLÉMENTAIRE:

Suite à la réception d'un compte rendu d'analyses, **le prescripteur** peut demander des analyses complémentaires. Dans ce cas, il devra **obligatoirement** transmettre une prescription au laboratoire. Remarque : Si les résultats d'examens exigent une confirmation par une autre technique ou dans d'autres cas particuliers, le biologiste médical peut prendre contact avec le prescripteur pour une prestation de conseil destinée à ajouter une analyse complémentaire. En cas d'accord du prescripteur, une nouvelle ordonnance lui sera demandée.

Un nouveau prélèvement du patient peut être évité si les 2 conditions suivantes sont réunies :

- Le **tube nécessaire** pour la réalisation de l'analyse a déjà été prélevé lors du prélèvement précédent datant de moins d'une semaine : merci d'appeler le laboratoire pour vous en assurer,
- Le **délai** entre le premier prélèvement et la demande d'ajout est compatible avec la réalisation de l'analyse : vous trouverez les délais d'analyses dans les Tableaux LISTES DES ANALYSES.

Dans tous les cas, merci de contacter le laboratoire : seul le biologiste médical peut accepter ou refuser une telle demande.



Présentation du SERVEUR DE RESULTATS

Biocity met à disposition de ses clients un **SERVEUR de RESULTATS LABOCONNECT**. Les résultats y sont consultables 6 mois.

⇒ Pour les PATIENTS :

- Fournir une **adresse MAIL UNIQUE et PERSONNELLE si possible** afin d'obtenir un code d'activation pour créer son compte LABOCONNECT
- Idéalement : **1 PATIENT = 1 ADRESSE MAIL**.
- Cette adresse MAIL est à communiquer sur la fiche de TRANSMISSION des ECHANTILLONS.
- *DANS CERTAINS CAS PARTICULIERS (EX : RATTACHEMENT D'ENFANTS, ...) : LE PATIENT SOUHAITE UTILISER LA MEME ADRESSE MAIL POUR PLUSIEURS MEMBRES DE LA FAMILLE, DANS CE CAS LA CREATION DE CE COMPTE COMMUN NECESSITE DE COMPLETER LE FORMULAIRE DE CONSENTEMENT => SE METTRE EN RELATION AVEC LE LABORATOIRE*

⇒ Pour les PRELEVEURS / PROFESSIONNELS DE SANTE :

- Possibilité de bénéficier de la consultation des résultats de vos patients qui le souhaitent (ex : pour le suivi des INR). N'hésitez pas à contacter le laboratoire si vous souhaitez bénéficier de ce service. *Il suffit de faire compléter l'AUTORISATION de CONSULTATION DE RESULTAT sur SERVEUR PROFESSIONNEL de SANTE*

FIN DU MANUEL

MERCI pour le temps consacré à sa lecture



BIO-CITY
LURE - HERICOURT
LUXEUIL LES BAINS

BIO-CITY
LURE
HERICOURT
LUXEUIL

MANUEL DE
PRELEVEMENT DU
LABORATOIRE BIO-CITY

PREA-MU-MQ-002-09

Version : 9

Applicable le : 27-10-2025



ANNEXES du MANUEL DE PRELEVEMENT



BIO-CITY
LURE - HERICOURT
LUXEUIL LES BAINS
www.laboratoire-bio-city.fr

BIO-CITY
LURE
HERICOURT
LUXEUIL

MANUEL DE PRELEVEMENT DU LABORATOIRE BIO-CITY

PREA-MU-MQ-002-09
Version : 9
Applicable le : 27-10-2025



Annexe 1 : Formulaire de réclamation (FICHE DE NON CONFORMITE -TRAVAUX NON CONFORME /RECLAMATION/EVENEMENT INDESIRABLE (A SAISIR DANS KALILAB))

Cette fiche est à utiliser en cas de panne Kalilab ou de non accessibilité à Kalilab : elle devra être saisie dès que possible

DATE	HEURE					
Cachez la case correspondante : NON CONFORMITE/TRAVAUX NON CONFORME ☐ RECLAMATION ☐ EVENEMENT INDESIRABLE ☐						
D E T E C T E U R	Description : <i>Quelle est la CONSEQUENCE ? Quel est l'IMPACT sur le Service Médical Rendu SMR ?</i> Préciser l'identité du NUMERO dossier SIL le cas échéant et le cas échéant le PRELEVEUR Possibilité de joindre un ou plusieurs éléments de preuve					
	Cause : <i>Quelle est la CAUSE ou les CAUSES ? POURQUOI l'anomalie existe-t-elle ?</i>					
	MATIERE	MATERIEL	MILIEU	METHODE	MAIN D'OEUVRE	MANAGEMENT
	Identité du détecteur :					
	TRAITEMENT(S) : Cochez cette case si aucun traitement mis en place ☐ <i>Les actions curatives choisies doivent être en ADEQUATION avec l'anomalie constatée : elles DOIVENT traiter les CONSEQUENCES, en accordant une attention particulière à la SECURITE des patients et en informant la personne concernée.</i>					
T R A I T E M E N T S	DESCRIPTION ACTION N°1 :		DESCRIPTION ACTION N°2 :		Demande DEROGATION le cas échéant : ARGUMENTATION :	
	Identité responsable de traitement 1 :		Identité responsable de traitement 2 :		Demande ACTION AMELIORATION le cas échéant : ARGUMENTATION :	
	Réalisation: OUI ☐ NON ☐ date prévisionnelle : Efficacité: OUI ☐ NON ☐		Réalisation: OUI ☐ NON ☐ date prévisionnelle : Efficacité: OUI ☐ NON ☐			
A FAIRE LORSQUE KALILAB est ACCESSIBLE						
Fiche saisie dans Kalilab le :			Par :		N° de l'action :	

Il est recommandé de SCANNER cette fiche remplie et de l'insérer en PJ dans la fiche Kalilab. A redonner au pilote concerné.



**Annexe 2 : FORMULAIRE PATIENT (MULTI-USAGE) : DEMANDE D'ANALYSES
FORMULEES ORALEMENT/ ACCEPTATION D'ANALYSES HORS NOMENCLATURES /
REFUS D'ANALYSES**

PREA-MU-EN-033-07

FORMULAIRE DES DEMANDES D'ANALYSES : SANS PRESCRIPTION / HORS NOMENCLATURE/
NON SOUHAITEE(S) PAR LE PATIENT
(Contrat entre le patient et le laboratoire / NF EN ISO 15189)

Cocher les cases correspondant à la demande formulée :

- ☐ Demande d'analyses sans prescription médicale (à la charge du patient)
- ☐ Demande d'analyses supplémentaires par rapport à une ordonnance existante (à la charge du patient)
- ☐ Accord pour la réalisation d'analyses hors nomenclature (= non remboursées)
- ☐ Refus d'analyses prescrites (le prescripteur sera informé sur le compte-rendu)
- ☐ Refus de la transmission du compte rendu d'analyses au prescripteur

Nom, prénom : [[patientNomComple]] NDN : [[patientNomNaissance]]
DDN : [[patientNaissanceSlahes]] Sexe : [[patientSexe]]
Dossier N° [[numDemande]] du [[demDateTexte]]

Analyses demandées : [[listeAnalyseCode]]

Médecin à contacter en cas de résultats perturbés : [[medecinPrescripteurNomComple]]

En signant ce document, je reconnais avoir été informé (cocher les cases correspondant à l'information délivrée) :

- ☐ Des conditions de prélèvement
 - ☐ Du lieu de réalisation de ces analyses
 - ☐ Du montant à payer au laboratoire BIOCITY : [[patientMontantRestant]]
 - ☐ Du montant à payer au laboratoire spécialisé CERBA : [[montantActeTransmisHN]]
 - ☐ Du délai des modalités de rendu des résultats
 - ☐ Que cette ou ces analyses sont à ma charge exclusive (non remboursées)
- Je m'engage à en régler le montant au laboratoire que réalisera mes analyses.

Fait à [[siteVille]], le [[demDateTexte]]

Signature du patient :

En cas d'analyses réalisées à la demande du patient **SANS PRESCRIPTION** :

Nom du biologiste :

Signature du biologiste :



Annexe 3 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR ANALYSE GENETIQUE



**ATTESTATION DE CONSULTATION MEDICALE
ATTESTATION D'INFORMATIONS ET CONSENTEMENT PATIENT**



Laboratoire Cerba
Service de la Relation Client
Tél : +33 (0)1 34 40 20 20
Fax : +33 (0)1 34 40 21 29
Email : src@lab-cerba.com

EXAMEN DES CARACTÉRISTIQUES GÉNÉTIQUES D'UNE PERSONNE (POST-NATAL)

OU

RÉALISATION, PRÉLEVEMENT ET EXAMENS EN VUE D'UN DIAGNOSTIC PRÉNATAL IN UTERO

ATTESTATION DE CONSULTATION DU MÉDECIN PRESCRIPTEUR OU DU CONSEILLER EN GÉNÉTIQUE	
☐ DIAGNOSTIC POST – NATAL Je soussigné, Dr/Pr.....ou.....conseiller en génétique sous la responsabilité du Dr/Pr.....certifie avoir informé le(ou la) patient(e) ainsi que ses parents (représentants légaux) sur les caractéristiques de la maladie recherchée, les moyens de la diagnostiquer, les possibilités de prévention et de traitement, les modalités de transmission et leurs possibles conséquences chez d'autres membres de la famille, le stockage de son prélèvement, et avoir recueilli le consentement du (ou de la) patient(e) ET de sa tutelle dans les conditions prévues par le code de la santé publique (articles R113-4 et 5). ☐ DIAGNOSTIC PRÉNATAL Je soussigné, Dr/Pr.....ou.....conseiller en génétique sous la responsabilité du Dr/Pr.....certifie avoir informé la patiente sous-nommée du risque pour son enfant d'être atteint d'une anomalie chromosomique, génétique ou infectieuse d'une particulière gravité, des caractéristiques de cette affection, des moyens de la détecter, du risque qu'ils comportent et des conséquences possibles d'un résultat anormal.	
CONSENTEMENT DE LA FEMME ENCEINTE À LA RÉALISATION DU PRÉLEVEMENT ET D'EXAMENS, EN VUE D'UN DIAGNOSTIC PRÉNATAL IN UTERO <i>Arrêté le 14 janvier 2014, consolidé le 2 janvier 2019</i> Je soussigné(e), M. Atteste avoir reçu : - Les informations relatives au risque pour l'enfant à naître d'être atteint d'une affection d'une particulière gravité, aux caractéristiques de cette affection ; aux moyens de la diagnostiquer ; aux possibilités éventuelles de médecine fœtale ; de traitement ou de prise en charge de l'enfant né. - Les informations sur les examens biologiques susceptibles d'établir un diagnostic prénatal in utero qui m'ont été proposés et dont je souhaite bénéficier : cet (ces) examen(s) nécessitent un prélèvement de liquide amniotique, de villosités chorales (placenta), de sang fœtal ou tout autre prélèvement fœtal ; les modalités de réalisation, les risques, les contraintes et les éventuelles conséquences de chaque technique de prélèvement nécessaire pour réaliser cet (ces) examen(s) m'ont été précisés ; j'ai été informée qu'un second prélèvement pourrait être nécessaire en cas d'échec technique ; dans cette circonstance, je devrai signer un nouveau consentement écrit ; d'éventuelles autres affections que celle(s) recherchée(s) initialement pourraient être révélées par l'examen ; le fait que le résultat de l'examen me sera rendu et expliqué par le médecin qui me l'a prescrit m'a été précisé. Je consens au prélèvement (nécessaire à la réalisation du ou des examens) de (*) : ☐ liquide amniotique ☐ villosités chorales ☐ sang fœtal ☐ autre prélèvement fœtal (précisez)..... Je consens également à l'examen ou aux examens (*) pour lequel ou lesquels ce prélèvement est effectué : ☐ examens de cytogénétique, y compris les examens moléculaires appliqués à la cytogénétique ; ☐ examens de génétique moléculaire ; ☐ examens de biochimie fœtale à visée diagnostique ; ☐ examens de biologie en vue du diagnostic de maladies infectieuses.	CONSENTEMENT POUR LA RÉALISATION D'EXAMENS DES CARACTÉRISTIQUES GÉNÉTIQUES D'UNE PERSONNE Les informations concernant l'examen des caractéristiques génétiques qui m'est proposé, qui sera réalisé à partir (cochez ci-après) : ☐ du (des) prélèvement(s) biologique(s) pratiqué(s) sur moi-même ☐ du (des) prélèvement(s) biologique(s) pratiqué(s) sur mon enfant ou sur la personne majeure placée sous tutelle ☐ du prélèvement qui sera effectué chez mon fœtus mort Les informations sur les examens des caractéristiques génétiques qui seront réalisés afin : • de confirmer ou d'infirmer le diagnostic d'une maladie génétique en relation avec mes symptômes ; • de confirmer ou d'infirmer le diagnostic pré-symptomatique d'une maladie génétique ; • d'identifier un statut de porteur sain (recherche d'hétérozygote ou d'un remaniement chromosomique) • d'évaluer ma susceptibilité génétique à une maladie ou à un traitement médicamenteux. J'ai été informé(e) : - De mon droit à faire à tout moment la demande que cette étude soit interrompue, que les résultats ne me soient pas communiqués, ou que les échantillons stockés soient détruits - Que l'interprétation complète de ces résultats repose, dans certaines situations, sur la définition de la parenté biologique, qui peut être analysée à partir de ces prélèvements. - De ma responsabilité concernant mon devoir d'information familiale, si une anomalie génétique grave dont les conséquences sont susceptibles de mesures de préventions, y compris de conseil génétique, ou de soins était mise en évidence.
J'autorise la conservation d'un échantillon biologique issu de mon prélèvement et son utilisation ultérieure pour poursuivre les investigations dans le cadre de la même démarche diagnostique, en fonction de l'évolution des connaissances. ☐ Oui ☐ Non La technique utilisée peut éventuellement révéler des informations génétiques sans lien avec la pathologie concernée, mais pouvant avoir un impact sur ma santé ou celle d'apparentés. Je souhaite être informé(e) de ces résultats. ☐ Oui ☐ Non J'autorise la transmission d'un échantillon ainsi que des données médicales nécessaires, dont d'éventuelles photographies, à un autre laboratoire pour compléter cette étude génétique. J'autorise l'enregistrement et la conservation des données médicales utiles à la gestion de la démarche diagnostique dans des bases de données informatiques. ☐ Oui ☐ Non J'autorise l'enregistrement et la conservation des données médicales utiles à la gestion de la démarche diagnostique dans des bases de données informatiques. ☐ Oui ☐ Non Dans le cadre de la démarche diagnostique, une partie de mon prélèvement peut ne pas être utilisée. J'autorise sa conservation et son utilisation pour des études d'assurance de la qualité interne au laboratoire. ☐ Oui ☐ Non J'autorise l'utilisation anonymisée des données médicales et/ou d'une partie des prélèvements dans le cadre de projets de recherche, d'un programme d'études scientifiques pour moi sans bénéfice direct ni préjudice l'ensemble des données médicales me concernant seront protégées grâce à une anonymisation totale. ☐ Oui ☐ Non	

Le résultat de cet examen me sera rendu et expliqué par le médecin prescripteur (ou par délégation au conseiller en génétique) en l'état actuel des connaissances dans le cadre d'une consultation de génétique. Cet (ou ces) examen(s) sera (seront) réalisé(s) dans un laboratoire de biologie médicale autorisé par l'agence régionale de santé à les pratiquer. L'original du présent document est conservé dans mon dossier médical. Une copie de ce document m'est remise ainsi qu'au praticien devant effectuer les examens. Le laboratoire de biologie médicale dans lequel exerce le praticien ayant effectué les examens conserve ce document dans les mêmes conditions que le compte rendu de l'examen. J'ai eu la possibilité de poser toutes les questions que je souhaitais au médecin généticien ou conseiller en génétique qui m'a prescrit cette analyse et j'en ai eu des réponses complètes et adéquates.

Fait à Le

IDENTITÉ DU PATIENT (Signature)	IDENTITÉ du(des) REPRÉSENTANT(S) LÉGAL(AUX) (Signature)	PRESCRIPTEUR (Signature)
Nom : Prénom : Date de Naissance :	Nom, Prénom, Date de Naissance : Nom, Prénom, Date de Naissance : Si le patient est mineur ou majeur sous tutelle, lien avec le patient :	Nom : Prénom :



Annexe 5 : FICHE DEMANDE MATERIEL DE PRELEVEMENT IDE et PHARMACIE

A faxer au laboratoire, à remettre à notre coursière ou à déposer au laboratoire
LURE : Fax 03 84 30 11 53 / HERICOURT : Fax 03 84 46 09 74 / LUXEUIL : Fax 03 84 40 43 28

Cachet ou identification du DEMANDEUR

Tampon du cabinet ou de l'officine

Date de la demande : ____ / ____ / ____

URGENT : ☐ OUI ☐ NON

Lieu de dépôt : ☐ Cabinet infirmier ☐ Pharmacie
☐ Cabinet médical ☐ Laboratoire

Cocher les cases ☐ correspondant à votre demande et indiquer les quantités souhaitées :
Commander la quantité de matériel que vous pensez utiliser pour **1 mois** pour éviter problèmes de péremption

MATERIEL DE PRELEVEMENT		CONDI- TIONNEM ENT	QUANTITE SOUSHAITEE
PRELEVEMENTS SANGUINS			
Boîtes prélèvement sanguin standard 7 tubes (HEMOBOX 5 BIO-CITY - coque opaque verte)		Unité	
Tubes	bouchon bleu (citraté)	Unité	
	bouchon rouge (tube sec)	Unité	
	bouchon jaune (tube sec avec gel)	Unité	
	bouchon vert pâle (tube hépariné avec gel)	Unité	
	bouchon violet (tube EDTA)	Unité	
	bouchon gris (tube fluoré)	Unité	
Corps de Vacutainer (= Vacu, Tulipe...)		Unité	
Aiguilles Vertes diamètre 0,8 mm		1 boîte de 100	
Aiguilles Noires diamètre 0,7 mm		1 boîte de 100	
HEMOCULTURE Sac kangourou avec 4 à 6 flacons HEMOC (2 à 3 aérobies+ 2 à 3 anaérobies) + aiguille à ailette+ fiche de transmission HEMOCULTURE + absorbant. Corps vacutainer habituel utilisable.		1 kit	
RECUEILS URINAIRES			
Pour bien choisir le conditionnement, voir affiche « préconisations de recueil pour les analyses urinaires » réf. 5.4-MU-IN-024			
CBU classique 2 ^{ème} JET avec conservateur (poudre BORATE) Sac kangourou avec absorbant contenant 1 Flacon stérile 60 ml avec Borate + 1 lingette désinfectante + protocole CBU		1 kit	
CBU « Bébé » sur poche collectrice Sac kangourou avec absorbant contenant 1 poche collectrice spéciale BEBE + 1 lingette désinfectante + protocole CBU bébé + 1 flacon STERILE à ouverture large pour assurer le transport (ex : pot COPRO)		1 kit	
Urines 1 ^{er} JET (<i>Chlamydiae</i> , <i>Mycoplasma genitalium</i> , <i>Neisseria</i> , <i>Trichomonas vaginalis</i>) Sac kangourou avec absorbant contenant 1 Flacon stérile 40 ml sans conservateur + protocole Recherche germes sur 1 ^{er} jet		1 kit	
Biochimie urinaire sur échantillon (albuminurie/glycosurie/acétonurie ...) Sac Kangourou avec absorbant contenant 1 Flacon stérile 40 ml sans conservateur + protocole Urines Biochimie urinaire		1 kit	
Urines 24 heures (ionogramme urinaire, dosages hormonaux) Sac avec absorbant contenant 1 Flacon Diurèse 24 h + protocole recueil des urines de 24 heures		1 kit	
Compte d'Addis = HLM (recueil urines sur 3 heures) Sac avec absorbant contenant un Flacon 0,5 litre + protocole Urines Compte Addis HLM		1 kit	
CYTOLOGIE urinaire (anapath /CERBA) : bouchon jaune 3 recueils 3 jours différents Sac kangourou avec absorbant contenant 1 Flacon CERBA avec fixateur 60 ml+ protocole Cytologie		1 kit	
DROGUES URINAIRES : A FAIRE AU LABORATOIRE – kit non fourni			



RECUEILS de SELLES		
COPROCULTURE / Clostridium difficile / ROTAVIRUS / ADENOVIRUS Sac kangourou avec absorbant contenant un Flacon COPRO + protocole Recueil de selles	1 kit	
Recherche de PARASITES dans les selles : 3 recueils 3 jours différents espacés de 48 heures environ Sac kangourou avec absorbant contenant un Flacon COPRO + protocole Recueil de selles	1 kit	
Recherche de sang dans les selles : 3 recueils 3 jours de suite. Sac kangourou avec absorbant contenant un Flacon COPRO + protocole Recueil de selles	1 kit	
AUTRES PRELEVEMENTS BACTERIOLOGIQUES		
Prélèvements cutané-muqueux classiques (pus, plaie, escarre, cicatrice, ORL, écoulements divers...) => Prélever systématiquement 1 Ecouvillon Eswab standard avec milieu de transport liquide et compléter fiche de transmission rose Kit composé d'un sac kangourou contenant 1 écouvillon Eswab standard / milieu transport + fiche de transmission rose. Protocoles disponibles pour prélèvement de PUS, ORL, PEAU-PHANERES	1 kit	
Prélèvements cutané-muqueux fins (vésicules, conjonctive, urètre...) Kit composé d'un sac kangourou contenant 1 écouvillon Eswab fin / milieu de transport + fiche de transmission rose. Protocoles disponibles pour prélèvement oculaire / prélèvement urétral masculin	1 kit	
ORL – Sars-Cov-2 Covid-19/grippe/VRS/Coqueluche par PCR Sac avec absorbant kangourou contenant un écouvillon sec fin + un milieu de transport + protocole	1 kit	
Prélèvement vaginal auto-prélèvement par la patiente Sac kangourou avec absorbant contenant 1 Ecouvillon Eswab standard avec milieu de transport liquide (bouchon blanc) + protocole de recueil pour auto-prélèvement vaginal	1 kit	
Sperme Sac kangourou avec absorbant contenant un flacon stérile type + protocole Sperme	1 kit	
Crachat - expectoration Sac kangourou avec absorbant contenant un flacon stérile type coproculture + protocole Crachat / Expectoration	1 kit	
DOCUMENTS / ETIQUETTES / SACHETS		
FICHE DE TRANSMISSION DES PRELEVEMENTS (ROSE)	Unité	
BON DE COMMANDE MATERIEL PRELEVEMENT = ce document	Unité	
Fiche d'Attestation d'Identification de prélèvement	Unité	
Formulaire Patient multi-usage : Demande d'Analyses formulées oralement / Acceptation d'analyses Hors Nomenclature / Refus d'analyses	Unité	
Tableau synthétique des analyses	Unité	
Affiche « Préconisations de recueil pour les analyses urinaires »	Unité	
Protocole pour prélèvement PUS	Unité	
Protocole pour prélèvement ORL	Unité	
Protocole pour prélèvement URETRAL	Unité	
Protocole pour prélèvement OCULAIRE (conjonctivite)	Unité	
Protocole pour prélèvement PEAU - PHANERES	Unité	
Liste des analyses avec interférences liées aux médicaments et aux aliments	Unité	
Fiche enregistrement des dépôts et enlèvements de prélèvements (Pharmacies collectrices)	Unité	
Planche d'étiquettes autocollantes « URGENCE »	Unité	
Planche d'étiquettes autocollantes identification écouvillon, flacon	Unité	
Sachet kangourou étanche PETITE taille avec absorbant + fiche transmission ROSE	Unité	
Sachet kangourou étanche GRANDE taille avec absorbant + fiche transmission ROSE	Unité	
Autre : ex pipette bulbe	Unité	
PARTIE RESERVEE AU LABORATOIRE		
Commande préparée par :	Le :	Commentaires :



Annexe 6 : FICHE DEMANDE DE MATERIEL DE PRELEVEMENT MEDECIN/SAGE FEMME
(BON DE COMMANDE POUR MEDECIN / GYNECOLOGUE / SAGE-FEMME => MATERIEL PRELEVEMENTS FOURNI PAR BIOCITY)

À faxer au laboratoire, à remettre à notre coursière, à déposer au laboratoire ou envoi mail labo
LURE : Fax 03 84 30 11 53 / HERICOURT : Fax 03 84 46 09 74 / LUXEUIL : Fax 03 84 40 43 28

À faxer au laboratoire, à remettre à notre coursière, à déposer au laboratoire ou envoi mail labo
LURE : Fax 03 84 30 11 53 / HERICOURT : Fax 03 84 46 09 74 / LUXEUIL : Fax 03 84 40 43 28

Tampon du cabinet médical

Date de la demande : ____ / ____ / ____

URGENT : ☐ OUI ☐ NON

Lieu de dépôt : ☐ Cabinet médical ☐ Pharmacie ☐ Laboratoire

 Cocher les cases correspondant à votre demande et indiquer les quantités souhaitées.
Commander la quantité de matériel que vous pensez utiliser pour 1 mois pour éviter tout problème de péremption
En cas de dépistage COVID, merci de prévenir le laboratoire pour organiser le matériel de prélèvement et le recueil des échantillons

MATERIEL DE PRELEVEMENT		
PRELEVEMENTS GYNECOLOGIQUES		QUANTITE SOUHAITEE
Prélèvement vaginal classique ou auto-prélèvement par la patiente pour culture Prélever 1 Ecouvillon ~~Eswab~~ standard avec milieu de transport liquide (bouchon blanc ou bleu) + 1 fiche de transmission	1 kit	
Prélèvement vaginal classique pour culture + PCR Chlamydia/gonocoque/Mycoplasma genitalium Sac kangourou avec absorbant contenant 2 Ecouvillons ~~Eswab~~ standard avec milieu de transport liquide (bouchon blanc ou bleu) + protocole de recueil pour auto-prélèvement vaginal	1 kit	
Prélèvements cutanéomuqueux fins (urètre, vésicules...) Prélever 1 Ecouvillon ~~Eswab~~ fin avec milieu de transport liquide (bouchon vert) + 1 fiche rose (FICHE DE TRANSMISSION IDE DES PRELEVEMENTS) Protocoles disponibles pour prélèvement urétral	1 kit	
Recherche d'Herpesvirus (HSV) Sac kangourou contenant 1 kit de 2 Ecouvillons « ~~Purify-Swab~~ » (1 fin et 1 standard) avec 1 tube M4RT REMEL bouchon rouge vermillon + 1 FICHE DE TRANSMISSION de PRELEVEMENT VAGINAL/ENDOCERVICAL	1 kit	
FROTTIS de dépistage et Recherche de Papillomavirus (HPV) Sac kangourou contenant 1 flacon THINPREP avec milieu PreservCyt + 1 cytobrosse Novabrush rose (ou Cervexbrush verte) + pochette CERBA spéciale ANAPATH (couleur orange) avec absorbant + 1 FICHE DE TRANSMISSION de PRELEVEMENT VAGINAL/ENDOCERVICAL	1 kit	
RECUEILS URINAIRES		QUANTITE SOUHAITEE
Pour bien choisir le conditionnement, voir « préconisations de recueil pour les analyses urinaires »		
ECBU classique 2^{ème} JET avec conservateur (poudre BORATE) Sac kangourou avec absorbant contenant 1 Flacon stérile 60 ml avec Borate + 1 lingette désinfectante + fiche ECBU	1 kit	
Urines 1^{er} JET (Chlamydiae, Mycoplasmes, Neisseria) Sac kangourou avec absorbant contenant 1 Flacon stérile 40 ml sans conservateur + fiche 1 ^{er} jet	1 kit	
Biochimie urinaire sur échantillon (albuminurie/glycosurie/acétonurie ...) Sac Kangourou avec absorbant contenant 1 Flacon stérile 40 ml sans conservateur + fiche Biochimie urinaire	1 kit	
Urines 24 heures (ionogramme urinaire, dosages hormonaux) Sac avec absorbant contenant 1 Flacon Diurèse 24 h + fiche urines de 24 heures	1 kit	
Compte d'Addis = HLM (recueil urines sur 3 heures) Sac avec absorbant contenant un Flacon 0,5 litre + fiche HLM	1 kit	
CYTOLOGIE urinaire (anapath /CERBA) : bouchon jaune 3 recueils sur 3 jours différents Sac kangourou avec absorbant contenant 1 Flacon CERBA avec fixateur 60 ml+ fiche Cytologie urinaire	1 kit	
DROGUES URINAIRES : A FAIRE AU LABORATOIRE – kit non fourni		
RECUEILS de SELLES		QUANTITE SOUHAITEE
COPROCULTURE / Clostridium difficile / ROTAVIRUS / ADENOVIRUS Sac kangourou avec absorbant contenant un Flacon COPRO + fiche Recueil de selles	1 kit	
Recherche de PARASITES dans les selles : 3 recueils 3 jours différents espacés de 48 heures environ Sac kangourou avec absorbant contenant un Flacon COPRO + fiche Recueil de selles	1 kit	



Recherche de sang dans les selles : 3 recueils 3 jours de suite. Sac kangourou avec absorbant contenant un Flacon COPRO + fiche Recueil de selles		1 kit	
AUTRES PRELEVEMENTS BACTERIOLOGIQUES/VIROLOGIQUES		CONDITION NEMENT	QUANTITE SOUMISEE
Prélèvements cutanéomuqueux classiques (pus, plaie, escarre, cicatrice, ORL, écoulements divers...) Prélever 1 Ecouvillon ~~Eswab~~ standard avec milieu de transport liquide + fiche ORL ou fiche rose		1 kit	
Prélèvements cutanéomuqueux fins (vésicules, conjonctive, urètre...) Prélever 1 Ecouvillon ~~Eswab~~ fin avec milieu de transport liquide + fiche ORL ou fiche rose		1 kit	
Prélèvements rhino/naso-pharyngés – SARS-Cov-2 Covid-19 par PCR Sac avec absorbant kangourou contenant un écouvillon sec fin + un milieu de transport ~~Vacurette~~ PBS (bouchon rouge) + fiche SARS-Cov-2 + 1 sachet pour double emballage		1 kit	
SALIVAIRES – SARS-Cov-2 Covid-19 par PCR Sac avec 1 flacon stérile + protocole SARS-Cov-2 + 1 sachet pour double emballage		1 kit	
Crachat - expectoration Sac kangourou avec absorbant contenant un flacon stérile type coproculture + protocole Crachat / Expectoration		1 kit	
Sperme Sac kangourou avec absorbant contenant un flacon stérile type coproculture + protocole Sperme		1 kit	
DOCUMENTS / ETIQUETTES / SACHETS		CONDITION NEMENT	QUANTITE SOUMISEE
Fiche IDE « rose » de transmission des prélèvements		Unité	
Fiche recueil prélèvement vaginal/endocervical		Unité	
Bon de commande de matériel de prélèvements = ce document		Unité	
Fiche d'Attestation d'Identification de prélèvement		Unité	
Formulaire Patient multi-usage : Demande d'Analyses formulées oralement / Acceptation d'analyses Hors Nomenclature / Refus d'analyses		Unité	
Tableau synthétique des analyses		Unité	
Affiche « Préconisations de recueil pour les analyses urinaires »		Unité	
Protocole pour prélèvement PUS		Unité	
Fiche de recueil pour prélèvement ORL/ OCULAIRE (conjonctivite)		Unité	
Protocole pour prélèvement URETRAL		Unité	
Protocole pour prélèvement PEAU - PHANERES		Unité	
Liste des analyses avec interférences liées aux médicaments et aux aliments		Unité	
Planche d'étiquettes autocollantes « URGENCE »		Unité	
Planche d'étiquettes autocollantes identification écouvillon, flacon		Unité	
Sachet kangourou étanche PETITE taille avec absorbant+ fiche transmission ROSE		Unité	
Sachet kangourou étanche GRANDE taille avec absorbant+ fiche transmission ROSE		Unité	
Autre : ex : pipette bulbe		Unité	
PARTIE RESERVEE AU LABORATOIRE			
Commande préparée par :		Le :	Commentaires :



BIO-CITY
LURE - HERICOURT
LUXEUIL LES BAINS
www.bio-city.fr

BIO-CITY
LURE
HERICOURT
LUXEUIL

MANUEL DE PRELEVEMENT DU LABORATOIRE BIO-CITY

PREA-MU-MQ-002-09
Version : 9
Applicable le : 27-10-2025



Annexe 7 : MODELE FICHE TRANSMISSION ECHANTILLONS

Fiche de TRANSMISSION DES PRELEVEMENTS : RECTO :

FICHE DE TRANSMISSION DES PRELEVEMENTS S.4-MU-EN-016-13 LES CASES et mentions ROUGES sont OBLIGATOIRES MÊME SI LE PATIENT est CONNU		LBM FRECHIN 4 rue Saint 70200 LURE Tél : 03.84.62.77.77 Fax : 03.84.30.11.53 Conforme au décret n°2002-660 du 30/04/2002 associé à l'Arrêté du 20 juin 2003		LBM HERICOURT 4 rue Dr Gaudier 70400 HERICOURT Tél : 03.84.56.83.33 Fax : 03.84.46.09.74		LBM LUXEUIL 4 rue Jules Adler 70300 LUXEUIL Tél : 03.84.40.21.70 Fax : 03.84.40.43.28			
IDENTITÉ du PRÉLEVEUR NOM / PRENOM / QUALITÉ : N°RPPS : DATE du PRÉLEVEMENT : HEURE du PRÉLEVEMENT :		SIGNATURE PRÉLEVEUR ou tampon : URGENT ☐		ÉTAT CIVIL DU PATIENT NOM : NOM DE NAISSANCE : (Mention obligatoire) Prénom : Date de naissance : Lieu de naissance : NUMERO INS : SEXE : ☐ Féminin ☐ Masculin ADRESSE : TÉLÉPHONE :					
Renseignements ASSURÉ / TIERS PAYANT NOM, Prénom et DATE NAISSANCE de l'assuré (Si « du patient » : Numéro S.S : Caisse d'affiliation : Nom de la mutuelle : Joindre COPIE en cas de MODIFICATION ou de PREMIERE DEMANDE				REMARQUES / COMMENTAIRES PATIENT : ☐ Besoin d'étiquettes identification patient : ☐ à donner au patient ☐ à donner à l'IDE					
MEDECIN TRAITANT : ☐ Ordo jointe à cette demande ☐ Ordo déjà au labo ☐ Ordo à venir du Dr :				Analyses demandées :					
Autorisation PATIENT Analyses <u>SUR MINEUR</u> hors MST, contraception, IVG : ☐ ACCEPTE ☐ REFUSE Analyses <u>SANS ORDONNANCE contre REGLEMENT</u> : Noter les ANALYSES SANS PRESCRIPTION :								Analyses <u>HORS NOMENCLATURE</u> (=non remboursées) : ☐ ACCEPTE ☐ REFUSE ☐ J'autorise le laboratoire à réaliser les demandes inscrites sur ce document, je suis informé(e) des tarifs et des modalités de rendu des résultats	
TRANSMISSION DES RESULTATS ☐ RETRAIT au labo ☐ RETRAIT à la Pharmacie ☒ A POSTER ☐ Serveur INTERNET ☐ Patient ☐ IDE ☐ DMP Pour la création de votre compte LaboConnect, Merci d'indiquer votre adresse mail (un patient = une adresse): @									
PRELEVEMENT – RENSEIGNEMENTS CLINIQUES et THERAPEUTIQUES									
Site de prélèvement : ☐ Pli du coude ☐ Main ☒ PRELEVEMENT DIFFICILE ETAT DU PATIENT / CONTEXTE : ☐ à Jeun ☐ NON à Jeun, Préciser heure dernière prise de nourriture : ☐ Après EFFORT ☐ Au REPOS ☐ CHIMIOOTHERAPIE REMARQUES / COMMENTAIRES PRÉLEVEUR : ☐ Grossesse, préciser Date de début : ☐ Pathologie hématologique : ☐ Maladie chronique :				INR : ☐ PREVICAN J-3 = ... cp J-2 = ... cp J-1 = ... cp ☐ COUMADINE J-3 = ... mg J-2 = ... mg J-1 = ... mg ☐ MINI-SINTROM ☐ SINTROM Posologie : CIBLE THERAPEUTIQUE : ☐ 2-3 ☐ 2,5-3,5 ☐ 3-4,5 ☐ Autre : Traitement AOD ? ☐ XARELTO ☐ PRADAXA ☐ ELIQUIS ☐ Antécédents de phlébite ☐ Antécédents d'embolie pulmonaire			TCA/anti-XA : Préciser type d'HEPARINE = ☐ HBPM FRAGMINE, LOVENOX, INNOHEP... ☐ HNF CALCIAPARINE DATE et HEURE Dernière injection :		
GROUPES / JAI ☐ Pièce d'identité vérifiée (selon arrêté du 15 mai 2018) Si possible, joindre la copie de la PIÈCE d'IDENTITÉ. Sinon, préciser nature et N° de la pièce d'identité vérifiée =		☐ Bilan-préopératoire ☐ Antécédent transfusion ? Date : Dose injectée :		☐ IMMUNOGLOBINES IV/SC ? Date injection : Dose injectée :		☐ Femme enceinte ☐ Grossesses antérieures (Y compris fausses-couches) Date injection : Dose injectée :		☐ Injection RHOPHYLAC ? Date injection :	
HORMONOLOGIE Date du 1 ^{er} jour des dernières règles : Ou jour du cycle : Traitement hormonal ? : ☐ Absence de cycle ☐ Cycle très irrégulier ☐ Suspicion de grossesse EXTRA-UTERINE ☐ FIV, préciser la Date de l'implantation = ... ☐ Fausse-couche				MEDICAMENTS Nom du médicament et posologie : DATE et Heure dernière prise ou injection : Poids : Kg Taille : cm Si dosage TSH, T4L ou T3L, Merci d'indiquer le traitement du patient :		A compléter pour les prélèvements SANS fiche dédiée, sinon UTILISER LES FORMULAIRES PRÉVUS (ECBU, selles, crachats...)			
BACTERIOLOGIE Date et Heure prélèvement : Mode de conservation : ☐ T°C AMBIANTE (15-25°C) ☐ RÉFRIGÉRÉ (2-8°C) Origine du prélèvement : Traitement antibiotique prescrit : ☐ NON ☐ OUI, nom de l'antibiotique : Début traitement antibiotique : Renseignements cliniques : ☐ Fièvre ☐ Autres :				Indiquer si des échantillons sont à venir → Urines : ☐ ECBU ☐ 1 ^{er} JET ☐ Urines BIOCHIMIE ☐ 24H ☐ HLM ☐ Selles ☐ Autres : Date de transmission prévue = ...					
PARTIE RÉSERVÉE AU LABORATOIRE Le (Date + heure) : Réceptionné par : Tube mauve : Tube bleu : Tube rouge : Tube jaune : Tube vert : Tube gris : ☐ Urines 24H ☐ HLM ☐ flacon borate ☐ flacon sans conservateur ☐ SELLES ☐ ECOUVILLONS ☐ Tubes en plus : ☐ NON CONFORME Échantillons manquants : ☐ mauve ☐ bleu ☐ rouge ☐ jaune ☐ vert ☐ gris ☐ urines ☐ autre :									



Partie VERSO

ETUDE DE LA PRESCRIPTION POUR CONNAITRE LA NATURE ET LE NOMBRE DE TUBES NECESSAIRE + ORDRE DE PRELEVEMENT



En cas de prélèvement d'hémoculture : prélever le flacon d'hémoculture en premier (le laboratoire laisse à votre disposition sur simple demande les kits de prélèvement flacon + ailette + adaptateur)

Pour les autres prélèvements, merci de vous reporter aux fiches de transmissions associées :

- ECBU enfant/adulte 5.4-MU-EN-004 - ECBU bébé (poche) 5.4-MU-EN-017 - URINES 24H 5.4-MU-EN-031 - BIOCHIMIE URINAIRE 5.4-MU-EN-042 - CYTOLOGIE URINAIRE 5.4-MU-EN-018 - URINES 1^{re} jet (mycoplasmes, Chlamydia, Neisseria) 5.4-MU-EN-058 - COMPTE D'ADDIS HLM 5.4-MU-EN-032 - BILHARZIES URINES 5.4-MU-EN-070 / analyses de SELLES 5.4-MU-EN-014 / SPERMIOGRAMME, SPERMOCULTURE 5.4-MU-EN-025 / CRACHATS, EXPECTORATIONS 5.4-MU-EN-033 COVID 19 Sans-Cov-2 5.4-MU-EN-069 / AUTO-PRELEVEMENT VAGINAL 5.4-MU-EN-062

Analyses à
prélever
uniquement
au
laboratoire

Certaines analyses **DOIVENT ÊTRE PRÉLEVÉES UNIQUEMENT AU LABORATOIRE** car elles nécessitent un traitement particulier type congélation immédiate, tube spécial, centrifugation rapide... :

- ΔG anti-Saccharomyces cerevisiae ASGA
- Acide lactique
- ACTH
- AGGLUTININES FROIDES
- Anémométrie
- Angiotensine II
- Calcitonine
- Calcium ionisé
- Caryotype
- Complement CH50
- Cryoglobulines
- CTX
- DPNI
- Erythropoïétine
- Gastrine
- Glucagon
- HLA
- NSE
- Ostéocalcine
- Sérotonine
- Somatostatine
- DROGUES URINAIRES (Amphétamine, cocaïne, cannabis...)

- Les **BILANS DE THROMBOSE** (anticoagulant circulant, protéines C et S, mutations facteurs V Leiden et prothrombine, homocystéine, Ac antiPL, Ac antiB2GP1)
- Les bilans de chirurgie bariatrique (chirurgie de l'obésité type By-Pass ou Sleeve) comportant des dosages d'oligo-éléments (Zinc, Sélénium...) et de vitamines (A, B1, B6, B9...)
- Les bilans relatifs à des analyses génétiques spécialisées

Cette liste n'est pas exhaustive ! Pour toute analyse spécialisée, Merci de vous renseigner auprès du laboratoire pour tout conseil pré-analytique, administratif, fourniture de tubes spéciaux sur demande... Vous pouvez également consulter l'application mobile « catalogue CERBA » afin de connaître les conditions de réalisation et la nature des tubes à prélever.



Annexe 8 : FICHE D'ATTESTATION D'IDENTIFICATION DE PRELEVEMENT

NON-CONFORMITE D'IDENTIFICATION DE PRELEVEMENT BIOLOGIQUE

Document imposé par la norme EN ISO 15189 et l'ordonnance 2010-49 du 13.01.2010

Madame, Monsieur,

Lors de leur réception au laboratoire, une non-conformité d'identification des échantillons biologiques a été relevée pour un patient dont vous avez assuré le prélèvement.

Afin de pouvoir rendre les résultats du patient que vous avez pris en charge, nous vous remercions de nous confirmer l'identification correcte du prélèvement que vous avez effectué :

« Je, soussigné(e), M, Mme..... ☐ I.D.E ☐ Médecin ☐ sage femme
atteste avoir effectué le prélèvement de :

- Nom d'usage:

- Nom de naissance :

- Prénom :

- Date de naissance : Sexe :

- Adresse :

Pour les groupes sanguins, RAI et Coombs direct, j'atteste conformément à l'arrêté du 15 mai 2018 avoir vérifié son état civil à l'aide de la pièce d'identité N°.....

☐ Carte d'identité ☐ Passeport ☐ Titre de séjour ☐ Autre :

J'ai effectué ce prélèvement le : à h.....

A, le
Signature du préleveur



Annexe 9 : ACCIDENT D'EXPOSITION AU SANG : CONDUITE A TENIR

POSTER : AFFICHE AES (Accident Exposition au Sang)

ACCIDENT
D'EXPOSITION
AU SANG

**1 IMMEDIATEMENT
PREMIERS SOINS**

En cas de piqûre, blessure
ou contact sur peau lésée

Nettoyage immédiat de la plaie (eau + savon) puis rinçage



Réaliser une antiseptie de la plaie à l'eau de Javel 5° diluée au 1/5
ou solution de Dakin per, ou à défaut Betadine® dermatique jaune pure,
ou alcool à 70°, en assurant un temps de contact d'au moins 5 mn.



En cas de projection
sur une muqueuse ou les yeux

Rinçage immédiat et abondant au sérum
physiologique ou à l'eau au moins 5 mn.

**2 DÈS LA 1^{ère} HEURE
QUI SUIV L'ACCIDENT**

Consultation rapide (au mieux dans les 4 heures)
du médecin référent ou du médecin du service
des urgences le plus proche afin de :

- évaluer le risque de contamination virale
- débiter en URGENCE un traitement prophylactique, s'il y a lieu
- organiser le suivi sérologique
- obtenir un certificat initial rempli par le médecin

En l'absence d'un médecin référent, vous pouvez contacter
VIH Info Soignants 0 810 630 515 (7 jours sur 7 de 9h à 21h)
pour obtenir les coordonnées d'accueil le plus proche

URGENCES CHI VESOUL : **03.84.96.60.60**

Ou

URGENCES CHNFC : **03.84.98.22.20**



**3 À FAIRE DANS
LES 24 HEURES**

Déclarer l'accident de travail à votre caisse
de sécurité sociale (formulaire S.6101), à votre
employeur et/ou à votre assureur si vous avez
contracté une assurance volontaire accident
du travail (secteur libéral)



Consulter le médecin de travail
ou votre médecin qui assurera
votre **suivi médical et sérologique**.

À noter : les infirmiers libéraux doivent **souscrire
une assurance volontaire** pour être couverts
contre le risque de contamination professionnelle.





VIH Info Soignants
0 810 630 515
www.vih-info-soignants.org





Médecins Référents VIH et services initiant les thérapies VIH en urgence :

VESOUL	BELFORT
Service des Urgences CH VESOUL	Service des Urgences : CH TREVENANS
Tél : 03.84.96.60.60 (7j/7)	Tél : 03 84 98 22 20

VIH Info Soignant : 0810 630 515 (7j/7 de 9h à 21h)



Annexe 10 : ACCIDENT D'EXPOSITION AU SANG : QUESTIONNAIRE PATIENT SOURCE D'AES

AUTORISATION D'EXECUTION DE TESTS BIOLOGIQUES SUITE A UN AES (accident d'exposition au sang) AUTORISATION/QUESTIONNAIRE PATIENT SOURCE EN CAS D'AES

**AUTORISATION D'EXECUTION DE TESTS BIOLOGIQUES
SUITE A UN AES (accident d'exposition au sang)**

Je soussigné(e) :

NOM :

PRENOM :

Adresse :

Téléphone :

Médecin traitant :

Autorise le laboratoire :

à exécuter un test HIV (SIDA), HCV (hépatite C) et Ag HBS+/- ACHBC+/-ACHBS (hépatite B) dans le cadre de la protection liée aux accidents avec exposition au sang (AES), et à informer mon médecin traitant de ces résultats.

Date :

Signature :



AES QUESTIONNAIRE PATIENT SOURCE

Nous vous remercions de nous retourner ce questionnaire complété.

Les informations contenues dans ce questionnaire sont strictement confidentielles : elles sont utilisées uniquement dans le cadre de l'évaluation du risque de contamination du soignant ayant eu un accident d'exposition au sang.

NOM :

PRENOM :

Sexe :

☐ M

☐ F

Age :

Adresse :

Téléphone :

Médecin traitant (nom, adresse) :

Antécédents médicaux :

• Transfusion(s) sanguine(s) (type, date) : ☐ NON ☐ OUI : type, date(s) : _____

• Intervention(s) chirurgicale(s) (type, date) : ☐ NON ☐ OUI : type, date(s) : _____

• Relations sexuelles potentiellement contaminantes (préciser) : ☐ NON ☐ OUI

• Utilisation de drogue par voie intraveineuse : ☐ NON ☐ OUI

Sérologie connue :

	NON	OUI	Si oui, résultat et date
Hépatite B	☐	☐	Ag <u>Hbs</u> : Anti- <u>HBs</u> : Ac anti- <u>HBc</u> :
Vaccination	☐	☐	
Hépatite C	☐	☐	Ac <u>HCV</u> : ARN :
HIV	☐	☐	

Si votre sérologie HIV est positive :

☛ Médecin traitant de l'infection HIV (nom, adresse) :

AES QUESTIONNAIRE PATIENT SOURCE (SUITE)



Nous vous remercions de nous retourner ce questionnaire complété.
Les informations contenues dans ce questionnaire sont strictement confidentielles : elles sont utilisées uniquement dans le cadre de l'évaluation du risque de contamination du soignant ayant eu un accident d'exposition au sang.

NOM : **PRENOM :**

Sexe : M F **Age :**

Adresse :

.....

.....

.....

Téléphone :

Médecin traitant (nom, adresse) :

Antécédents médicaux :

· Transfusion(s) sanguine(s) (type, date) : ☐ NON ☐ OUI : type, date(s) :

· Intervention(s) chirurgicale(s) (type, date) : ☐ NON ☐ OUI : type, date(s) :

· Relations sexuelles potentiellement contaminantes (préciser) : ☐ NON ☐ OUI

· Utilisation de drogue par voie intraveineuse : ☐ NON ☐ OUI

Sérologie connue :

	NON	Si oui, résultat et date		
Hépatite B	☐	Ag Hbs :	Anti-HBs :	Ac anti-HBc :
Vaccination	☐			
Hépatite C	☐	Ac HCV :	ARN :	
HIV	☐			

Si votre sérologie HIV est positive => Médecin traitant de l'infection HIV (nom, adresse) :

.....



**Annexe 11 : FORMULAIRE PATIENT pour RENDU RESULTATS SERVEUR à un
PROFESSIONNEL DE SANTE DESIGNE**

**Formulaire d'autorisation de consultation de résultats sur un serveur internet sécurisé
Par un professionnel de santé (non médecin) mandaté par le patient**

Contrat entre le patient et le laboratoire (Norme ISO 15189) :

Identité du patient :

Nom de naissance :

Nom d'usage (marital) :

Prénom : né(e) le

Autorise le professionnel de santé ci-dessous à accéder à mes résultats biologiques via le
serveur LABOCONNECT / BIO-CITY,

À partir du (indiquer la date de départ de l'autorisation)

Identité du professionnel de santé mandaté :

.....

Qualité du professionnel de santé : ☐ Infirmier ☐ Autres (préciser) :

.....

En signant ce document, je reconnais avoir été informé(e) :

- Des règles de confidentialité sur l'utilisation du serveur sécurisé (identifiant et mot de passe obligatoire)
- De mon libre choix sur le professionnel de santé mandaté à consulter mes résultats
- De mon droit de rectification-modification du professionnel de santé mandaté sur simple demande
- De mon droit d'arrêt de mise à disposition de mes résultats via le serveur sur simple demande

Je m'engage à informer le laboratoire dans les plus brefs délais de toutes modifications de mes choix en matière d'autorisation de consultation de mes résultats par un professionnel de santé. (Exemple : en cas de souhait de changement de professionnel de santé mandaté, je devrai compléter un nouveau formulaire).

Fait à

Le / /

Signature du patient

A COMPLETER PAR LE LABORATOIRE

Numéro du Premier Dossier concerné par cette autorisation :



Annexe 12 : FORMULAIRE RENSEIGNEMENTS CLINIQUES pour PALUDISME



FICHE DE DEMANDE D'ANALYSE pour *Plasmodium sp.* = PALUDISME/Malaria

EXAMEN URGENT – Tube EDTA VIOLET À TRANSMETTRE RAPIDEMENT au LABORATOIRE

☐ Madame ☐ Mademoiselle ☐ Monsieur ☐ Enfant Fille ☐ Enfant Garçon

NOM d'usage : NOM de naissance :

Prénom :

Date de naissance : / / Lieu de naissance :

Adresse :

Tel :

NOM/PRENOM DE L'ASSURE (si différent du patient) :

N° de Sécurité Sociale / N° INS :

Médecin traitant Dr

DATE prélèvement : / / HEURE prélèvement **IMPERATIF** :

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :

FIEVRE au moment du prélèvement ? ☐ OUI ☐ NON

Symptômes ? ☐ Céphalées ☐ Myalgies ☐ Asthénie ☐ Vomissement ☐ Diarrhée

Date de début des symptômes : Depuis le / /

VOYAGE à l'étranger récent ? ☐ OUI ☐ NON

Si OUI préciser quel pays :

Et la Durée du séjour : DEPART le / /

RETOUR le / /

TRAITEMENT ANTIPALUSTRE ? ☐ OUI ☐ NON

☐ Nivaquine® Chloroquine ☐ Paludrine® Proguanil ☐ Lariam® mefloquine

☐ Malarone® atovaquone/proguanil

☐ Autres à préciser :

DATE de prise du traitement : le / /

CONTROLE EFFICACITE de TRAITEMENT : OUI ☐ NON ☐

Si OUI Préciser l'espèce diagnostiquée : ☐ *P. falciparum* ☐ *P. ovale* ☐ *P. vivax* ☐ *P. malariae*

MERCI DE JOINDRE VOTRE ORDONNANCE et de COMPLETER CETTE FICHE



Annexe 13 : TABLEAU : LISTE DES ANALYSES SANGUINES REALISEES PAR LA SELAS BIO-CITY

*(1) (J0 si prélèvement avant 14H30 ; J1 si prélèvement après 14H30 sauf urgences)

(2) (« F » : source : fournisseur)

*(3) : Les échantillons pour sérologie virale, bactérienne, parasitaire et pour les marqueurs tumoraux sont conservés pendant 1 an entre -15°C et -25°C.

Le délai autorisé pour le contrôle ou l'ajout d'une analyse est indiqué dans la colonne « DELAI POUR CONTROLE OU AJOUT DES ANALYSES ». Tous les échantillons sont toutefois conservés 7 jours pour autoriser un contrôle rétroactif de l'identité du patient.

*(4) : N° de l'analyse à la Nomenclature des Actes de Biologie Médicale.

COULEUR ET ORDRE DES TUBES :

Citraté	Sec	Sec gel	Hépariné	EDTA	Plasma fluoré
---------	-----	---------	----------	------	---------------

ANALYSES	tube préférentiel	CONDITIONS du prélèvement / Renseignements cliniques utiles pour interprétation résultats/Commentaires	DELAI D'ACHEMI- NEMENT maximal au laboratoire (15 à 25°C)	INDICATION	DELAI DE RENDU des résultats (si prélèvement avant 14H30; +1J si prélèvement après 14H30)	DELAIS POUR REANALYSE (*F : source : fournisseur)	N° NOMENCLATURE
AC ANTI ADN NATIF		Préciser le tableau clinique (masque lupique, cytopénie, insuffisance rénale, polyarthralgies, Raynaud?)	10H	Quantification des Ac anti DNA natif. Diagnostic et suivi de LED.	J+1 à J+4	5 jours (F)	1454
AC ANTI CCP		Préciser le tableau clinique (insuffisance rénale, polyarthralgies, Raynaud?)	22H (F)	Augmentation en cas de polyarthrite rhumatoïde (sensibilité : 70,6%; spécificité : 98,2%)	J0	7 jours (F)	1827
AC ANTI NUCLEAIRES		Préciser le tableau clinique (masque lupique, cytopénie, insuffisance rénale, polyarthralgies, Raynaud?)	10H	Dépistage de maladie auto-immune	J+1 à J+4	7 jours (F)	1453
AC ANTI RECEPTEUR TSH			24H (F)	Augmentation lors de la maladie de Basedow	J0	3 jours (F)	1488
AC ANTI THYROIDIEN (ATPO, ATG): voir antithyroperoxydase et anti- thyroglobuline			voir ATPO et ATG	Diagnostic d'une pathologie thyroïdienne	J0	voir ATPO et ATG	voir ATPO ATG



BIO-CITY
LURE
HERICOURT
LUXEUIL

MANUEL DE PRELEVEMENT DU LABORATOIRE BIO-CITY

PREA-MU-MQ-002-09

Version : 9

Applicable le : 27-10-2025



AC ANTI TRANSGLUTAMINASE (IgA)		Préciser si : - déficit en IgA totales connu Et si -régime alimentaire AVEC ou SANS gluten	24H	Dépistage de la maladie coéliquaue (intolérance au gluten) chez l'adulte et l'enfant en première intention. En seconde intention, après un premier test négatif, chez les enfants , en excluant un déficit en IgA totales et en vérifiant que le régime n'exclut pas le gluten	J+1 à J+4	5 jours (F)	1456
AC ANTI-ANTIGENES NUCLEAIRES SOLUBLES (ENA)		Préciser le tableau clinique (masque lupique, cytopénie, insuffisance rénale, polyarthralgies, Raynaud?)	10H	Diagnostic de maladie auto-immune	J+1 à J+4	5 jours (F)	1456
AC ANTI-THYROGLOBULINE (ATG)		Préciser si présence d'une hypothyroïdie	8H (F)	hypo ou hyper-thyroïdie, carcinome thyroïdien, 20% des sujets asymptomatiques	J0	72H (F)	1484
AC ANTI -THYRO- PEROXYDASE (ATPO)		Préciser si présence d'une hypothyroïdie	8H (F)	Thyroïdite auto immune (Hashimoto, Basedow,...); 20% sujets asymptomatiques	J0	72H (F)	1487
ACE (antigène carcino- embryonnaire)		Utiliser le même type de tube pour le suivi d'un patient donné (variation de + 8% possible si plasma vs sérum) (F)	24H (F)	Suivi de cancer (colon, estomac, sein, poumon, prostate, pancréas, ovaires). Augmentation non spécifique : tabagisme(F)	J0	7 jours (OMS)	7327
ACIDE URIQUE			3 jours (F)	Diagnostic de goutte - douleurs articulaires- éclampsie (grossesse)	J0	7 jours (F)	O532
ACTIVITE anti-Xa		Tube bleu rempli jusqu'au trait; prélever 3 à 4 H après injection d'HBPM ou à mi-distance entre 2 inj d'héparine standard + Noter : heure de prélèvement , d' injection, nom du traitement. Acheminement rapide au laboratoire.	traitement par HBPM : 6H (bibliographie); traitement par HNF : 2H (bibliographie)	Suivi des traitements par Héparines non fractionnées	J0	CERBA	O186
AFP (alpha foeto protéine)		utiliser le même type de tube pour le suivi d'un patient donné	72H (F)	Suivi de cancer (foie, testicules, tube digestif, tératocarcinomes);autres causes d' élévation : hépatopathies,grossesse	J0	7 jours (F)	O320
ALAT(voir SGPT)							voir SGPT



ALBUMINE SANG			6 jours (OMS)	protéine de synthèse hépatique. Diminution : dénutrition, inflammation, insuffisance hépatique, fuites protéiques glomérulaires ou digestives. Augmentation : hémococoncentration.	J0	7 jours (F)	1806
Alcoolémie (analyse sous- traitée)		cf ETHANOLEMIE					NA
APO A		à jeun depuis 12h (SFBC,F)	24H	transport des HDL (concentration abaissée = risque athérogène)	J0	3 jours (F)	1603
APO B		à jeun depuis 12h (SFBC)	24H	transport des LDL (concentration élevée = risque athérogène)	J0	3 jours (F)	1602
ASAT(voir SGOT)							voir SGOT
ASLO (antistreptolysine O)			10 H	infection par Streptocoque (RAA, Glomérulonéphrite, inf. aigue)	J0	6 mois (OMS)	1324
BETA HCG (voir HCG si dg de grossesse)		voir HCG si diagnostic de grossesse, voir fascicule sous-traitant Biomnis ou Cerba pour suivi tumoral					voir HCG
BICARBONATE		Ne pas ouvrir le tube	10H (bibliographie)	Reflet de l'équilibre acido-basique	J0	non applicable	O571
BILIRUBINE CONJUGUEE (DIRECTE)			24 H (Odoze)	Augmentation en cas de cholestase	J0	7 Jours (OMS)	1601
BILIRUBINE TOTALE			24H (Odoze)	Augmentation en cas de cholestase	J0	7 Jours(F)	1601
BNP			8H (bibliographie)	Marqueur d'insuffisance cardiaque (diagnostic, et suivi thérapeutique)	J0	24H(F)	1821
CA125		éviter l'hémolyse	24 H (Fournisseur)	Suivi de cancer (carcinome ovarien +++ (variation significative si > 10,75% de valeur antérieure (F) =2,5 X(CV de reproductibilité).Autres ☒ : carcinomes gastro- intestinaux,endométriose, 1er trimestre de la grossesse, hépatites	J0	3 mois (OMS)	7325



BIO-CITY
LURE
HERICOURT
LUXEUIL

MANUEL DE PRELEVEMENT DU LABORATOIRE BIO-CITY

PREA-MU-MQ-002-09

Version : 9

Applicable le : 27-10-2025



CA15.3		éviter l'hémolyse . Les résultats de CA15.3 obtenus avec différentes méthodes d'analyses ne sont pas comparables.	24 H (Fournisseur)	Suivi de cancer (sein +++ (variation significative si > 9,575% de valeur antérieure (2,5 X CV de reproductibilité), ovaire, utérus, pancréas, colon); autres ☐ :hépatites, maladies auto-immunes	J0	3 mois (OMS)	7321
CA19 9		éviter l'hémolyse	24 H (Fournisseur)	Suivi de cancer (pancréas +++, estomac, foie, colon)...)	J0	3 mois (OMS)	7323
CALCIUM		Eviter stase veineuse, exercice physique (Tietz). Ne JAMAIS prélever sur EDTA ou oxalate (chélateurs du CA)	24H (Ododoze)	variations à interpréter en fonction de l'albuminémie (calcémie corrigée). Hypercalcémie (hyperparathyroïdie, hypervitaminose D, cancers). Hypocalcémie (hypoparathyroïdie,néphropathie,...).	J0	7 jours (F)	O578
CHLAMYDIA TRACHOMATIS (IgG, sérologie)		Eviter l'hémolyse. Préciser contexte clinique (voir indications)	24 H	Homme et femme : Suspicion d'infection génitale haute , lymphogranulomatose (ulcération génitale, rectite), hypofertilité, arthrite réactionnelle (Fiessinger Leroy Reiter), présentes ou passées. Préférer en première intention une recherche directe de l'ADN par PCR à partir des sites possiblement infectés en cas d'infection active.	J à J+1	(1 an) (NABM chap 7-06)	1307
CHLORE			24H (Ododoze)	troubles hydro-électrolytiques	J0	7 jours (F)	voir ionogramme
CHOLESTEROL HDL		A JEUN depuis 9 à 12H- pas d'alcool depuis 24H	7 jours (OMS)	Bilan du risque athérogène	J0	7 jours (F)	O996
CHOLESTEROL LDL (voir CHOLESTEROL HDL et TOTAL et TRIGLYCERIDES)		paramètre calculé (voir Cholestérol total)	24H (OMS)	Détermination du "mauvais cholestérol"	J0		O996
CHOLESTEROL TOTAL		A JEUN depuis 9 à 12H- pas d'alcool depuis 24H	7 jours (OMS)	Bilan du risque athérogène	J0	7 jours (F)	O580



BIO-CITY
LURE
HERICOURT
LUXEUIL

MANUEL DE PRELEVEMENT DU LABORATOIRE BIO-CITY

PREA-MU-MQ-002-09

Version : 9

Applicable le : 27-10-2025



CMV IgG			10 H	Recherche d'une infection ou d'une immunisation contre le virus du cytomégalo virus (grossesse, fatigue, lymphocytose...)	J0	(1 an) (NABM chap 7-06)	1713 ou 3713
CMV IgM			10 H	Recherche d'une infection ou d'une immunisation contre le virus du cytomégalo virus (fatigue, lymphocytose...)	J0	(1 an) (NABM chap 7-06)	1713 ou 3713
CORTISOL		- entre 08H et 10H OU +/- après 17H (en cas de suspicion d'hypercortisolémie) Indiquer : Heure du prélèvement, traitement par corticoïdes en cours	8H (Fournisseur)	Hormone surrénalienne (recherche d'une insuffisance surrénalienne ou d'un hypercorticisme)	J0	7 Jours (OMS)	462
COVID 19 (SARS-CoV-2) : Anticorps		Antécédent de PCR COVID + ou d'infection évocatrice de COVID-19	48H00 (F)	diagnostic sérologique de la COVID 19	J0 à J+1	1 an (sérothèque)	4719
CPK		sujet au repos , proscrire effort physique prolongé, tube non hémolysé	24H (Ododoze)	Augmentation en cas de lyse musculaire	J0	7 Jours (OMS)	1520
CREATININE			2 jours (OMS)	Augmentation en cas d'insuffisance rénale	J0	7 Jours (F)	O592
CRP		Notion de fièvre, d'infection, Antibiothérapie	24H (Ododoze)	Augmentation en cas d'inflammation ou d'infection	J0	7 Jours (OMS)	1804
D-DIMERES (Héricourt)		Tube bleu rempli jusqu'au trait -Si Urgence : le plus rapidement au laboratoire	24H00 (GFHT)	Exclusion d'une thrombose veineuse	J0	24H	1022
D-DIMERES (Luxeuil)		Tube bleu rempli jusqu'au trait -Si Urgence : le plus rapidement au laboratoire	24H00 (GFHT)	Exclusion d'une thrombose veineuse	J0	24H	1022
D-DIMERES (Lure)		Tube bleu rempli jusqu'au trait -Si Urgence : le plus rapidement au laboratoire	24H00 (GFHT)	Exclusion d'une thrombose veineuse	J0	24H	1022
DEPAKINE (valproate de sodium)		Heure de PDS / prise médic.+ posologie	10 H	Recherche d'une concentration sérique efficace et de l'absence de toxicité	J0	7 Jours (F)	O340



BIO-CITY
LURE
HERICOURT
LUXEUIL

MANUEL DE PRELEVEMENT DU LABORATOIRE BIO-CITY

PREA-MU-MQ-002-09

Version : 9

Applicable le : 27-10-2025



DIGOXINE		Heure de PDS / prise médic.+ posologie. Prélever 8 à 12h après la prise du médicament. (Tietz)Préciser si :[insuf rénale ou hépatique, grossesse : surestimation par présence de FIDL]; [prise de DIGIBIND :risque de surestimation]; Lanatoside C ou Deslanoside [réaction croisée]	10 H	Recherche d'une concentration sérique efficace et de l'absence de toxicité . Réactions croisées avec autres digitaliques : Lanatoside C (61,9%); Deslanoside (73,8%)	J0	non applicable	O327
EAL (voir Cholestérol et Triglycérides)		Exploration d'une anomalie lipidique : cholestérol total +LDLchol + HDL Chol + Triglycérides (VOIR ces paramètres)	24 H (OMS)	Bilan du risque athérogène	J0	7 Jours (OMS)	O996
EBV (Epstein Barr virus, sérologie); MNI (mononucléose infectieuse)			8H	Diagnostic de mononucléose infectieuse par la recherche d'IgM anti VCA, IgG anti EA/VCA, IgG anti EBNA (% de concordance global avec la clinique : 92,62% (F)	J0	((1 an) (NABM chap 7-06))	1718+1716
ELECTROPHORESE DES PROTIDES (ELP)		NON HEMOLYSE	24H00 (F)	Dépistage de gammopathie monoclonale	J0	7 jours (F)	570
ETHANOLEMIE (alcoolémie) (analyse sous-traitée)		Ne pas désinfecter à l'alcool ne pas ouvrir le tube		suspicion d'exogénose			NA
FACTEUR RHUMATOIDE			10 H	Diagnostic de polyarthrite rhumatoide. Associer la recherche des AC anti CCP.	J0	2 jours (F)	1452
FACTEUR V		Tube bleu rempli jusqu'au trait	24H (bibliographie)	Recherche d'un déficit en facteur témoignant d'une insuffisance hépatique	J0	6H	1015
FER		A JEUN (HAS, mars 2011)	24H (Oddoze)	Recherche d'une carence en fer, bilan d'anémie	J0	24H (Oddoze)	O548
FERRITINE		le laboratoire adapte les valeurs de référence automatiquement (résultats sous estimés sur tube sec)	20H (F)	Recherche d'une carence ou d'un excès de fer (augmentation en cas d'inflammation)	J0	7 Jours (F)	1213
FIBRINOGENE (Héricourt)		Tube bleu rempli jusqu'au trait	24H(GFHT 2017)	Recherche d'un déficit en fibrinogène - Augmentation dans les syndrômes inflammatoires	J0	8H	O174



BIO-CITY
LURE
HERICOURT
LUXEUIL

MANUEL DE PRELEVEMENT DU LABORATOIRE BIO-CITY

PREA-MU-MQ-002-09

Version : 9

Applicable le : 27-10-2025



FIBRINOGENE (Luxeuil)		Tube bleu rempli jusqu'au trait	24H(GFHT 2017)	Recherche d'un déficit en fibrinogène - Augmentation dans les syndrômes inflammatoires	J0	8H	O174
FOLATES ERYTHROCYTAIRES (Vitamine B9)		- NON HEMOLYSE (☑) (F) A JEUN (F)	24H (à l'abri de la lumière) (F)	Bilan d'anémie - Recherche d'une carence ou suivi thérapeutique	J0	2 jours (F)	1387
FOLATES SERIQUES (Vitamine B9)		- NON HEMOLYSE (☑) (F) A JEUN (F)	24H (à l'abri de la lumière) (F) PUB-MU-DX-019 (Etude Jasmin)	Bilan d'anémie - Recherche d'une carence ou suivi thérapeutique	J0	7 Jours (F)	1387
FSH		Date des dernières règles	24H (F)	Hormone hypophysaire stimulant l'ovaire. Diagnostic de ménopause	J0	24H (F)	473
GAMMA-GLUTAMYL-TRANSFERASE (GGT)			24H (OMS)	Diagnostic et suivi d'une hépatopathie et de l'alcoolisme chronique.	J0	7 Jours (OMS)	519
GLUCOSE	TUBE GRIS	préciser si : A JEUN ou NON A JEUN ou si grossesse (et DDG). Tube GRIS impératif.	minoration de la glycémie de 5% par heure les 2 premières heures après le prélèvement puis stabilité de la glycémie sur tube fluoré pendant 24H (Clin.Chem. 48:3 436-472 (2002)) Glycémie sur tube sec ou hépariné : 2H (source Odoze : Pub-MU-DX-011)	Diagnostic et suivi du diabète et diagnostic d'une hypoglycémie	J0	7 Jours (OMS)	O552



BIO-CITY
LURE
HERICOURT
LUXEUIL

MANUEL DE PRELEVEMENT DU LABORATOIRE BIO-CITY

PREA-MU-MQ-002-09

Version : 9

Applicable le : 27-10-2025



GROUPES SANGUINS		1 groupage sanguin = 1 ou 2 déterminations, sur 2 tubes prélevés à deux moments différents, parfaitement identifiés avec une pièce d'identité Nom de naissance, nom d'usage, prénom, date de naissance, . Le nom et la signature des préleveurs doivent être portés sur la fiche de transmission. Volume minimum: 1,5ml. Signaler dates de transfusion.	24H	examen pré-transfusionnel ou pré-opératoire	J0	5 jours (F)	1140+1145
HAPTOGLOBINE			24H (F)	Diagnostic d'hémolyse intra vasculaire- Augmentartion en cas d'inflammation	J0	24H (F)	1813
HCG ou béta HCG (GROSSESSE) (Héricourt)		Date des dernières règles	24H	Test de grossesse et suivi de la grossesse	J0	7 Jours (F)	7402
HCG ou béta HCG (GROSSESSE) (Lure)		Date des dernières règles	24H (fournisseur)	Test de grossesse et suivi de la grossesse	J0	7 Jours (F)	7402
HCG ou béta HCG (GROSSESSE) (Luxeuil)		Date des dernières règles	24H	Test de grossesse et suivi de la grossesse	J0	7 Jours (F)	7402
HCG ou béta HCG (SUIVI TUMORAL)		voir catalogue CERBA					NA
HELICOBACTER PYLORI IgG (Sérologie)		non hémolysé (F)	12H	Recherche d'une infection ou colonisation et cicatrice sérologique par Hélicobacter Pylori	J0	(1 an) (NABM chap 7-06)	1311
HEMOGLOBINE GLYQUEE		Hémolyse, hémorragie, thalassémies: diminution d'HbA1C car hématies jeunes. Carence martiale : augmentation d'HbA1C (vieillessement des hématies). Interférences liées aux variants Hb, HbA1C labiles ou carbamylées (insuffisants rénaux), ou à une prise récente et importante d'aspirine ou d'alcool: résultat HbA1C non fiable dans ces cas.	24H (F)	Suivi du traitement pour le diabète. L'HbA1c est le reflet de la glycémie des 2 derniers mois	J0	7 Jours (OMS)	1577
HEPATITE A (IgG)		Antécédents vaccinaux, date du contact à risque	24H(F)	Recherche d'un contact ancien ou de l'efficacité d'une vaccination contre le virus de l'hépatite A	J0	(1 an) (NABM chap 7-06)	1736
HEPATITE A (IgM)		Antécédents vaccinaux , date du contact à risque	10H	Recherche d'une infection récente par le virus de l'hépatite A	J0	(1 an) (NABM chap 7-06)	O350



BIO-CITY
LURE
HERICOURT
LUXEUIL

MANUEL DE PRELEVEMENT DU LABORATOIRE BIO-CITY

PREA-MU-MQ-002-09

Version : 9

Applicable le : 27-10-2025



HEPATITE B (Ac anti HBC IgG + IgM)		Antécédents vaccinaux , date du contact à risque, date de transfusion	10H	Recherche d'une infection ou d'un contact ancien avec le virus de l'hépatite B	J0	(1 an) (NABM chap 7-06)	4710,4712,4713,4714,4715,
HEPATITE B (Ac anti HBs)		Antécédents vaccinaux , date du contact à risque, date de transfusion	10H	Recherche de l'efficacité de la vaccination ou d'un contrôle de guérison de l'hépatite B	J0	(1 an) (NABM chap 7-06)	4710,4712,4713,4714,4715,
HEPATITE B (Ag HBs)		Antécédents vaccinaux , date du contact à risque, date de transfusion	24H (F)	Recherche d'une infection par le virus de l'hépatite B	J0	(1 an) (NABM chap 7-06)	4710,4712,4713,4714,4715,
HEPATITE C (anticorps, sérologie)		date du contact à risque, date de de transfusion	10H	Recherche d'une infection récente par le virus de l'hépatite C	J0	(1 an) (NABM chap 7-06)	3784
HIV (anticorps, sérologie)		date du contact à risque, date de transfusion	3 jours (F)	Recherche d'une infection récente par le virus du HIV	J0	(1 an) (NABM chap 7-06)	O388
IEP (vor immunofixation des protéines sériques)		voir Immunofixation des protéines sériques					voir IMF
Ig E (TOTALES)			10H	Confirmation diagnostique ou suivi thérapeutique de : Polysensibilisations, Parasitoses (filarioses, schistosomias, toxocarose, ascaridiose, hydatidose), Urticaire chronique ; Dermatite atopique ; Aspergilliose broncho-pulmonaire ; Certains déficits immunitaires : de l'enfant : syndrome de Wiskott-Aldrich ; ou de l'adulte : syndrome de Job-Buckley.	J0	48h (F)	1200
Immunoélectrophorèse des protéines sériques (IEP) (voir immunofixation)		voir Immunofixation des protéines sériques					voir IMF
IMMUNOFIXATION DES PROTEINES SERIQUES			10H	Dépistage de gammapathie monoclonale	J0 à J+1	7 jours	1571
IMMUNOGLOBULINES A (IgA)			5 Jours (OMS)	Recherche d'un excès ou d'un déficit d'immunoglobulines (gammapathie monoclonale ou infections à répétition)	J0	7 jours	1385



IMMUNOGLOBULINES M (IgM)			5 Jours (OMS)	Recherche d'un excès ou d'un déficit d'immunoglobulines (gammopathie monoclonale ou infections à répétition)	J0	7 jours	1385
IMMUNOGLOBULINES G (IgG)			5 Jours (OMS)	Recherche d'un excès ou d'un déficit d'immunoglobulines (gammopathie monoclonale ou infections à répétition)	J0	7 jours	1385
INR (Héricourt)		Tube bleu rempli jusqu'au trait + traitement AVK +posologie. ATTENTION : microcaillots : INR artificiellement bas; caillots : INR artificiellement allongé (F); INR allongé par les inhibiteurs de la thrombine (hirudine, argatroban) (F)	24H (GFHT 2017)	Suivi du traitement par anti-vitamine K (Previscan, Syntrom, Coumadine). Ne PAS utiliser l'INR pour suivre les traitements par NAC (Pradaxa, Xarelto)	J0	8H (F)	O127
INR (Luxeuil)		Tube bleu rempli jusqu'au trait + traitement AVK +posologie. ATTENTION : microcaillots : INR artificiellement bas; caillots : INR artificiellement allongé (F); INR allongé par les inhibiteurs de la thrombine (hirudine, argatroban) (F)	24H(GFHT 2017)	Suivi du traitement par anti-vitamine K (Previscan, Syntrom, Coumadine). Ne PAS utiliser l'INR pour suivre les traitements par NAC (Pradaxa, Xarelto)	J0	8H (F)	O127
Ionogramme sanguin (voir Na, K, Cl)							1610 ou 1609
K (voir potassium)							voir potassium
LDH		non hémolysé (F); garrot <1 mn; à distance de tout exercice physique	10H (bibliographie)	dg de rechute des hémopathies. ☒ : tumeurs solides, affections hépatiques et rénales, traumatismes, embolies, post-chirurgie, 12 à 16 h post-infarctus du myocarde (Bioforma, 2008)	J0	non applicable	521
LH		Date des dernières règles	24H (F)	Hormone hypophysaire stimulant l'ovaire. Diagnostic de ménopause	J0	7 Jours(F)	O472
LIPASE			24H (Odozo)	Diagnostic de pancréatite	J0	7 Jours (F)	524



BIO-CITY
LURE
HERICOURT
LUXEUIL

MANUEL DE PRELEVEMENT DU LABORATOIRE BIO-CITY

PREA-MU-MQ-002-09

Version : 9

Applicable le : 27-10-2025



LITHIUM		PRELEVER 12 HEURES APRES LA DERNIERE PRISE. Heure de Prélèvement / prise médic.+ posologie	24 H (F)	Evaluation de la toxicité thérapeutique. Signes d'intoxication : apathie, nausées, vomissements, tremblements, hyperparathyroïdie secondaire.	J0	7 jours (F)	O557
LYME IgG(dépistage) = BORRELIOSE (dépistage)		Date de Morsure par tique Antibiothérapie en cours	24H	Recherche d'une Borréliose de Lyme. Test de confirmation par western Blott en cas de positivité (Cerba).	J0 ou J+2 si test de confirmation	6 mois (F)	1301
LYME IgM (dépistage) = BORRELIOSE (dépistage)		Date de Morsure par tique Antibiothérapie en cours	24H	Recherche d'une Borréliose de Lyme. Test de confirmation par western Blott en cas de positivité (Cerba).	J0 ou J+2 si test de confirmation	6 mois (F)	1301
MAGNESIUM			24H (OMS)	Recherche d'une carence en magnésium (fatigue, tétanie, fasciculations)	J0	7 Jours (F)	O584
MNI test (mononucléose infectieuse). Voir EBV.							voir EBV
NA (voir sodium)							1609
NUMERATION ET FORMULE SANGUINES (NFS) (LURE) (Hémogramme (Numération-formule, plaquettes, avec cellules anormales et paramètres associés))		Homogénéiser 5 fois par retournement	24H (F)	Recherche d'infections, d'hémopathies malignes, suivi des chimio-thérapies, études de l'hémostase	J0	24H (F)	1104 ou 1106
NUMERATION ET FORMULE SANGUINES (NFS) (LUXEUIL) (Hémogramme (Numération-formule, plaquettes, avec cellules anormales et paramètres associés))		Homogénéiser 5 fois par retournement	24H (F)	Recherche d'infections, d'hémopathies malignes, suivi des chimio-thérapies, études de l'hémostase	J0	24H (F)	1104 ou 1106
OESTRADIOL (17 Bêta) (Lure)		Date des dernières règles - traitement par Fulvestran (FASLODEX)?	24H (F)	Hormone ovarienne - résultat ininterprétable chez les patients sous FULVESTRAN	J0	7 jours (F)	330 ou 727
PALUDISME (plasmodium sp.) : frottis et goutte épaisse		urgence : dans les 2 heures au laboratoire; indications : température, fièvre tierce ou quarte, lieu et dates de séjour en zone infestée, traitement préventif suivi	2H en raison de l'urgence thérapeutique sinon 24H entre 2 à 8°C (REMIC 6.2)	au début de l'accès fébrile - à J3 et J7 du traitement anti palustre curatif	J0	7 jours (relecture du frottis sanguin)	1125



BIO-CITY
LURE
HERICOURT
LUXEUIL

MANUEL DE PRELEVEMENT DU LABORATOIRE BIO-CITY

PREA-MU-MQ-002-09

Version : 9

Applicable le : 27-10-2025



PALUDISME (plasmodium sp.) : technique immunochromatographique		systématiquement associée à la recherche de plasmodium par frottis et goutte épaisse (voir Paludisme : frottis et goutte épaisse)	2H en raison de l'urgence thérapeutique sinon 24H entre 2 à 8°C (REMIC 6.2)	au début de l'accès fébrile - à J3 et J7 du traitement anti palustre curatif	J0	7 jours (relecture du frottis sanguin)	1125
PHOSPHATASES ALCALINES (PAL)			4 Jours (OMS)	Diagnostic d'une cholestase, ou d'une affection osseuse	J0	7 Jours (OMS)	514
PHOSPHORE		Eviter : garrot prolongé - hémolyse	12h (Bibliographie)	Exploration du métabolisme phospho-calcique. Retentissement de l'insuffisance rénale	J0	4 Jours (F)	O563
PLAQUETTES sur EDTA (Lure)		préciser si traitement par héparine. Toujours prélever un tube EDTA. Tube citraté autorisé uniquement si agrégats sur EDTA	24H (F)	Diagnostic et suivi de thrombopénie ou d'une thrombocytose	J0	24H (F)	1107
PLAQUETTES sur citrate (Lure)		préciser si traitement par héparine. Toujours prélever un tube EDTA. Tube citraté autorisé uniquement si agrégats sur EDTA	2H	Diagnostic et suivi de thrombopénie ou d'une thrombocytose pour les patients présentant une aggrégation à l'EDTA	J0	non applicable	1107
PLAQUETTES sur EDTA (Luxeuil)		préciser si traitement par héparine. Toujours prélever un tube EDTA. Tube citraté autorisé uniquement si agrégats sur EDTA	24H (F)	Diagnostic et suivi de thrombopénie ou d'une thrombocytose	J0	24H (F)	1107
PLAQUETTES sur citrate (Luxeuil)		préciser si traitement par héparine. Toujours prélever un tube EDTA. Tube citraté autorisé uniquement si agrégats sur EDTA	2H	Diagnostic et suivi de thrombopénie ou d'une thrombocytose pour les patients présentant une aggrégation à l'EDTA	J0	non applicable	1107
POTASSIUM (K)		Eviter : garrot prolongé - hémolyse. Ne pas conserver le tube prélevé à moins de 15°C ou à plus de 25°C. Respecter l'ordre de prélèvement des tubes.	10H (bibliographie)	Recherche d'une hyper ou hypo kaliémie : effet secondaire d'un traitement, insuffisance rénale, perte digestive	J0	7 Jours (OMS)	1608
PREALBUMINE			10 H	Estimation de la dénutrition	J0	3 jours (F)	1817
PROCALCITONINE			24H (OMS)	Marqueur d'infection bactérienne	J0	1 Jour (OMS)	7307
PROGESTERONE		Date des dernières règles	24H(F)	Hormone ovarienne	J0	non applicable	334



BIO-CITY
LURE
HERICOURT
LUXEUIL

MANUEL DE PRELEVEMENT DU LABORATOIRE BIO-CITY

PREA-MU-MQ-002-09

Version : 9

Applicable le : 27-10-2025



PROLACTINE		heure de prélèvement : entre 8H et 10H. Repos total de 20 mn si prolactine poolée.	24H (F)	Hormone hypophysaire	J0	7 jours (F)	343
PRO BNP			24H (F)	Estimation de l'insuffisance cardiaque	J0	6 jours (F)	1821
PROTIDES (PROTEINES TOTALES, PROTEINEMIE)		ATTENTION : risque de surestimation du résultat en cas d'hémolyse de l'échantillon.	24H (OMS)	Reflet de l'état d'hydratation et de dénutrition. Augmentation en cas de gammopathie monoclonale	J0	7 Jours (OMS)	2258
PSA libre		Prélèver à distance de toute manipulation, biopsie prostatique (6 semaines)(Urology, 1993;42(3):276), éjaculation(48h) (Urology, 1996;47(4):511).	24h (Bibliographie)	Rapport PSA libre/ Psa total : intérêt pour différencier une pathologie maligne	J0	1 mois (OMS)	7320
PSA total		Prélèver à distance de toute manipulation, biopsie prostatique (6 semaines)(Urology, 1993;42(3):276), éjaculation(48h) (Urology, 1996;47(4):511)	24H (OMS)	Sérine protéase liquéfiant le liquide séminal. Dosage du PSA libre et lié (PSA-ACT). Diagnostic et suivi d'une pathologie de la prostate : adénome, cancer.	J0	3 mois congelé (OMS)	7318
PTH ou parathormone		prise de sang le matin	24h (Bibliographie)	Appréciation du fonctionnement des parathyroïdes - Bilan phosphocalcique - Suivi des insuffisances rénales	J0	2 jours (F)	983
RAI ou DSAI (dépistage systématique des agglutinines irrégulières)		Tubes, non hémolysé, parfaitement identifiés à l'aide d'une pièce d'identité Nom de naissance (=NJF), nom d'usage, prénom, date de naissance.Âge de la grossesse et date injection anti-D (ex: Rophylac®) le cas échéant.Volume minimum: 1,5ml. Dates de transfusion	24H (EFS)	Recherche d'une auto-immunisation (intérêt lors de la grossesse ou en pré-transfusionnel)	J0	5 jours (F)	1141
Réserve alcaline (voir bicarbonate)		VOIR BICARBONATES	10H (bibliographie)				voir bicarbonate
RETICULOCYTES			24H (F)	évaluation du caractère régénératif d'une anémie	J0	24H (F)	1109
RUBEOLE IgG		Âge de la grossesse le cas échéant	11 jours (OMS)	Recherche d'une infection ou d'une immunisation contre le virus de la rubéole (grossesse, éruption cutanée...)	J0	((1 an) (NABM chap 7-06))	1773



BIO-CITY
LURE
HERICOURT
LUXEUIL

MANUEL DE PRELEVEMENT DU LABORATOIRE BIO-CITY

PREA-MU-MQ-002-09

Version : 9

Applicable le : 27-10-2025



SDHEA (déhydroépiandrostérone sulfate)			2 jours (OMS)	Rechercher une hyperandrogénie d'origine surrénalienne.	J0	8 jours (F)	1802
SGOT (ASAT)			4 jours (OMS)	Cytolyse d'origine hépatique, musculaire.	J0	7 jours (OMS)	517
SGPT (ALAT)		éviter l'hémolyse (F)	24H (F)	Cytolyse d'origine hépatique, musculaire.	J0	7 jours (OMS)	516
SODIUM (Na)			4 Jours (OMS)	Sodium : intérêt dans le reflet de l'état d'hydratation du patient	J0	7 jours (OMS)	1609 ou 1610
T3L (THYRONINE)		Traitement? Thyroïdectomie partielle ou totale? A prélever entre 08H et 12H	24H (F)	Bilan d'un dysfonctionnement de la thyroïde - Suivi de traitement	J0	7 jours (OMS)	1206
T4L (THYROXINE)		Traitement? Thyroïdectomie partielle ou totale? A prélever entre 08H et 12H	24H (F)	Bilan d'un dysfonctionnement de la thyroïde - Suivi de traitement	J0	6 jours (F)	1207
TCA/ TCK (Luxeuil)		Tube bleu rempli jusqu'au trait; préciser si traitement par héparine ou HBPM	sans traitement : 6H (bibliographie); sous calciparine : 2H00 (GFHT)	Recherche d'un déficit en facteur de la coagulation de la voie endogène Suivi d'un traitement par héparine	J0	4H (F)	1127
TCA/ TCK(Héricourt)		Tube bleu rempli jusqu'au trait; préciser si traitement par héparine ou HBPM	sans traitement : 6 H (bibliographie); sous calciparine : 2H00 (GFHT)	Recherche d'un déficit en facteur de la coagulation de la voie endogène Suivi d'un traitement par héparine	J0	4H (F)	1127
TESTOSTERONE		Attention : tube vert avec gel interdit	8H (F)	Hormone testiculaire et ovarienne : diagnostic de puberté ou surveillance de traitement par antiandrogènes chez l'homme; bilan étiologique d'hirsutisme chez la femme	J0	3 jours (OMS)	O357 ou 1136
TOXOPLASMOSE IgG (sérologie)		Âge de la grossesse le cas échéant	3 jours (F)	Recherche d'une infection ou d'une immunisation contre la toxoplasmose (ganglion, fatigue, grossesse,,)	J0	(1 an) (NABM chap 7-06)	1420 ou 1422 ou 1430 ou 1432



BIO-CITY
LURE
HERICOURT
LUXEUIL

MANUEL DE PRELEVEMENT DU LABORATOIRE BIO-CITY

PREA-MU-MQ-002-09

Version : 9

Applicable le : 27-10-2025



TOXOPLASMOSE IgM (sérologie)		Âge de la grossesse le cas échéant	3 jours (F)	Recherche d'une infection ou d'une immunisation contre la toxoplasmose (ganglion, fatigue, grossesse,,)	J0	(1 an) (NABM chap 7-06)	1420 ou 1422 ou 1430 ou 1432
TP (taux de prothrombine) (Héricourt)		Tube bleu rempli jusqu'au trait + date arrêt AVK le cas échéant	24H(GFHT)	Recherche d'un déficit en facteur de la coagulation de la voie exogène	J0	8H(F)	126
TP (taux de prothrombine) (Luxeuil)		Tube bleu rempli jusqu'au trait + date arrêt AVK le cas échéant	24H(GFHT)	Recherche d'un déficit en facteur de la coagulation de la voie exogène	J0	8H (F)	126
TPHA (Sérologie de la syphilis, BW, test tréponémique)		Dépistage de la syphilis : associer TPHA + VDRL (voir VDRL).	24H (fournisseur)	Recherche d' une Syphilis	J0	(1 an) (NABM chap 7-06)	1326
TRANSFERRINE		A JEUN (HAS, mars 2011)	11 jours (OMS)	Diagnostic et le bilan des carences ou surcharges en fer - Bilan d'anémie	J0	3 jours (F)	1819
TRIGLYCERIDES		A JEUN depuis 9 à 12H- pas d'alcool depuis 24H	7 jours (OMS)	Diagnostic et suivi d'une surcharge en lipides - Appréciation du risque athérogène	J0	7 jours (F)	O590
TROPONINE I (Héricourt)		Si suspicion d'infarctus récent, acheminer le plus rapidement possible au laboratoire et préciser l'heure de début des douleurs	4 H (F)	Diagnostic de nécrose cardiaque (☑ 4 à 6 H après le début des douleurs et pendant 3 à 10 jours après)	J0	48H (F)	7335
TROPONINE I (Lure)		Si suspicion d'infarctus récent, acheminer le plus rapidement possible au laboratoire et préciser l'heure de début des douleurs	8 H (F)	Diagnostic de nécrose cardiaque (☑ 4 à 6 H après le début des douleurs et pendant 3 à 10 jours après)	J0	24H (F)	7335
TROPONINE I (Luxeuil)		Si suspicion d'infarctus récent, acheminer le plus rapidement possible au laboratoire et préciser l'heure de début des douleurs	4 H (F)	Diagnostic de nécrose cardiaque (☑ 4 à 6 H après le début des douleurs et pendant 3 à 10 jours après)	J0	48H (F)	7335
TSH		à prélever entre 08H et 10H	24H (F)	Hormone hypophysaire stimulant la thyroïde - Recherche d'une hyperthyroïdie ou d'une hypothyroïdie - Suivi de traitement	J0	24H (F)	1208
UREE			24H (OMS)	Diagnostic et suivi d'insuffisance rénale - Appréciation de la richesse alimentaire en protéides	J0	7 jours (F)	O591
VDRL (Sérologie de la syphilis, BW, test non tréponémique)		Dépistage de la syphilis : associer TPHA + VDRL (voir TPHA)	10H	Recherche d' une Syphilis	J0	(1 an) (NABM chap 7-06)	1326



BIO-CITY
LURE
HERICOURT
LUXEUIL

MANUEL DE PRELEVEMENT DU LABORATOIRE BIO-CITY

PREA-MU-MQ-002-09

Version : 9

Applicable le : 27-10-2025



VITAMINE B12		Préciser si Injection préalable de Vitamines B12 ou de folates le cas échéant	72H (Odozo et al.)	Bilan d'anémie - Recherche d'une carence ou suivi thérapeutique	J0	7 jours (F)	1374
VITAMINE D		Préciser si Prise éventuelle de vitamine D	72H (F)	Recherche d'une carence ou suivi thérapeutique	J0	72H (F)	1139
VITESSE DE SEDIMENTATION (VS)		Préciser si suspicion de maladie de Horton	24H (F)	Diagnostic et suivi d'une inflammation, d'une infection	J0	24 H (F)	1124

Les sérologies virales, bactériennes, parasitaires sont conservées 1 an congelé à - 20° C.

Les sérums et les plasmas héparinés sont conservés 7 jours dans des tubes à gel entre 2 et 8°C, ceci explique que certains paramètres peuvent être contrôlés 7 jours maximum même si l'OMS mentionne un délai supérieur.