



PROTOCOLE :
IDENTIFICATION DU PRELEVEMENT : n°Z

Hôpital :

Service :

Date :

Prénom, Nom :

Signature :

Acheminement

Conditions de transport

- Température de transport non-conforme
 Délai de transport non-conforme

- Service clinique **NC 1.B**
 Centre de tri **NC 1.D**
 Transporteur extérieur **NC 1.E**

Réception

Conformité de l'échantillon

- Tube primaire ou aliquote
- Absent
 Cassé
 Coagulé
 Décongelé
 Vide
 Volume insuffisant
 Ratio sang/anticoagulant non respecté
- Nature du prélèvement non spécifié
 Doublet (tube déjà prélevé n°__ __)
 Identification patient différente entre demande et prélèvement
 Etiquetage absent
 Incohérence entre nature prélèvement et étiquette/bouchon
 Autres. Préciser :

- Centre extérieur **NC 2.C**
 Service clinique **NC 2.B**
 Garde Bioch/Tox **NC 2.A**

Conformité du conditionnement

- Plan de boîte
- Absent
 Erroné

NC 3.C

Conformité des données pré analytiques

- Feuille de demande
- Absente
 Date de prélèvement non reportée
 Heure de prélèvement non reportée
 Date de congélation initiale non reportée
 Heure de congélation initiale non reportée
 Autres. Préciser :

- Centre extérieur **NC 4.C**
 Garde Bioch/Tox **NC 4.A**
 Service clinique **NC 4.B**

Préparation

- Conditions centrifugation
- Température de centrifugation non conforme

NC 5

- Aspect après centrifugation
- Hémolyse
 Ictérique
 Lactescence
 Autres. Préciser :

NC 6

Délai du processus global

- Sang
- Délai > 8 heures à température ambiante
- Urine
- Délai > 24 heures à température ambiante
- LCR
- Délai > 2^{1/2} heures à température ambiante

- Centre de tri **NC 7.D**
 Garde Bioch/Tox **NC 7.A**
 Service clinique **NC 7.B**
 CRB **NC 7.F**

- Délai > exigences investigateur
- Délai > exigences investigateur
- Délai > exigences investigateur

- Centre de tri **NC 8.D**
 Garde Bioch/Tox **NC 8.A**
 Service clinique **NC 8.B**
 CRB **NC 8.F**

Conservation

- Modalités de conservation
- Décongélation du matériel biologique. Préciser :
 Autres. Préciser :

NC 9

Souhait de l'investigateur ou de son représentant

- Confirmation du stockage des aliquotes
 Demande de destruction des aliquotes

Date :
Prénom, Nom :
Signature :