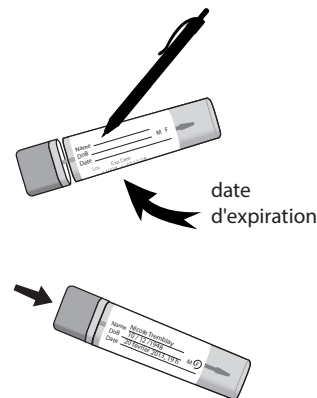


1 VÉRIFIEZ LA DATE D'EXPIRATION DES TROUSSES AVANT de les remettre aux patients. Ceci permettra d'assurer la qualité de l'échantillon.
NE DISTRIBUEZ PAS AUX PATIENTS des tubes ou trousse dont la date d'expiration est prévue **au cours des deux prochains mois**.



2 VALIDEZ L'IDENTIFICATION DE L'ÉCHANTILLON lorsque le patient le rapporte en vous assurant que les informations suivantes apparaissent sur chaque tube :

- Nom et prénom du patient
- Numéro de RAMQ*
- Date du prélèvement

Vérifiez à nouveau la date d'expiration de l'échantillon (reprendre le prélèvement si l'expiration est inférieure à 15 jours)

* En de rares cas, la date de naissance sans le numéro de RAMQ sera acceptée pour les nouveau-nés, les non-résidents du Canada, certaines personnes des milieux carcéral et militaire. Dans ce cas, prière d'inscrire « **non disponible** ».

3 TOUTE NOUVELLE ÉTIQUETTE AJOUTÉE ne doit pas toucher le scellant d'aluminium du tube ni cacher la date d'expiration de l'échantillon.

4 N'ENVOYEZ PAS D'ÉCHANTILLONS ENDOMMAGÉS (ex. scellant d'aluminium perforé, tube ouvert ou échantillon séché à cause d'une trop grande quantité de selles, etc.).

5 PRÉPARATION DES REQUÊTES INDIVIDUELLES OU LISTES DE TRAVAIL
Suivez la procédure **A** ou **B** pour compléter vos requêtes.

A REQUÊTE D'ANALYSE INDIVIDUELLE

Cette requête est disponible sur le site Internet du CHUS, dans la section *Professionnels > Dépistage du cancer colorectal*.

Inscrivez les informations obligatoires suivantes en lettres moulées :

- Nom et prénom du patient
- Numéro de RAMQ | voir la note au point 2
- Date de naissance
- Sexe du patient
- Date réelle du prélèvement (ne pas confondre avec la date de saisie ou de réception)
- Nom et prénom du prescripteur (imprimé ou en lettres moulées)
- Adresse de pratique du prescripteur
- Numéro de téléphone du prescripteur
- Numéro de pratique et signature du prescripteur
- Adresse du centre demandeur
- Numéro de téléphone et de télécopieur du centre demandeur

Cette façon de faire permettra de bien identifier le patient, d'assurer la qualité de l'échantillon et de réduire les risques d'erreurs.

Merci de nous aider à réduire le temps de réponse aux patients en respectant ces consignes.

B DOCUMENT D'ENVOI EXTÉRIEUR

Inscrivez les informations obligatoires suivantes : (utilisez une police en 12 points ou plus)

- Nom de l'analyse : RSOSi
- Nom et prénom du patient (en caractères gras)
- Numéro de RAMQ | voir la note au point 2
- Date de naissance
- Sexe du patient
- Date réelle du prélèvement en caractères gras (ne pas confondre avec la date de saisie ou de réception)
- Nom et prénom du prescripteur
- Adresse de votre établissement
- Numéro de télécopieur de votre établissement
- Nom d'une personne-ressource
- Numéro de téléphone de la personne-ressource
- Maximum de six patients par feuille

COORDONNÉES :

Laboratoire RSOSi
CHUS – Hôpital Fleurimont
3001, 12^e Avenue Nord, local 3424-1
Sherbrooke (Québec) J1H 5N4

Pour livraison : porte 55

RENSEIGNEMENTS

819 346-1110, poste 18210