

**DIAGNOSTIC PRENATAL DE LA TOXOPLASMOSE CONGENITALE PRELEVEMENT ET ACHEMINEMENT
DU LIQUIDE AMNIOTIQUE**

**Merci de contacter le laboratoire de parasitologie pour avertir de l'envoi d'un
prélèvement de liquide amniotique.**

Conditions du prélèvement :

- Ne pas utiliser d'héparine
- Eviter la contamination du liquide amniotique par du sang
- Volume de prélèvement minimum : 10 ml
- Recueillir dans des flacons stériles **fermés hermétiquement** en l'absence de tout anticoagulant
- Etiqueter l'échantillon : Nom marital, nom de jeune fille, prénom, date de naissance (étiquette SIGMA)

Documents associés à joindre impérativement :

- Consentement signé par la patiente et attestation de consultation médicale signée par le médecin (disponible sur le portail du CHU, EN-LAB-3006)
- Bon de prescription signé par le médecin (disponible sur le portail du CHU, EN-LAB-9000 et EN-LAB-3000)
- Fiche de renseignements administratifs et cliniques avec accusé-réception (disponible sur le portail du CHU, EN-LAB-3001)

Conditions d'envoi à l'accueil de biologie centralisée de l'hôpital Pellegrin :

- Pour les prélèvements effectués au CHU : envoi immédiat, à 5°C ± 3°C
- Pour les prélèvements extérieurs : envoi à 5°C ± 3°C, *le bon de transport doit indiquer l'identité du transporteur et l'heure d'enlèvement dans les conditions usuelles de transport de matériel biologique*
- Pour une prise en charge optimale, faire parvenir le prélèvement de liquide amniotique aux horaires suivants : 8h-16h du lundi au jeudi et 8h-14h veille de jour férié.
- En cas d'impossibilité d'acheminer rapidement le prélèvement, le conserver à 5°C ± 3°C (moins de 48h).

Adresse d'envoi :

Accueil de Biologie Centralisé (ABC)
Hôpital Pellegrin
CHU Bordeaux
Place Amélie-Rabat Léon
33076 Bordeaux Cedex

Contacts :

Laboratoire Parasitologie : Tél 05 57 82 09 86 Fax : 05 56 79 56 73
Secrétariat : Tél 05 56 79 56 67

Date d'application : 15/07/2016

TABLEAU D'APPROBATION					
	POUR LE GROUPE D'ELABORATION	VALIDATION (fonction qualité)	AVIS EXPERT (facultatif)	APPROBATION (responsable d'activité)	
Nom :	ACCOCEBERRY ISABELLE	CHAUZIT EMMANUELLE	COMBOURIEU ISABELLE	FLEURY HERVE	POMMIERS SYLVIE
Signature :	DOCUMENT VALIDE NUMERIQUEMENT				