CHU Hôpitaux de Bordeaux	**Entité d'application : US/LBM - --- - Autres prelevements** **Emetteur :** PBP - P1B - VIR	IN_LAB_16_1967 Ind : 01
	INSTRUCTION	Page : 1/1

DIAGNOSTIC PRENATAL (DPN) DE L'INFECTION CONGENITALE A CYTOMEGALOVIRUS
PRELEVEMENT ET ACHEMINEMENT DU LIQUIDE AMNIOTIQUE

Merci de contacter le laboratoire de virologie pour avertir de l'envoi d'un prélèvement de liquide amniotique

Ne pas adresser de prélèvement le vendredi, le week-end, jour férié et veille de jour férié

Conditions du prélèvement :

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

Documents associés à joindre impérativement (disponibles dans le catalogue des actes en ligne) :

1) Bon de prescription avec attestation de consultation signée par le médecin
2) Consentement signé par la patiente
3) Fiche de renseignements cliniques et administratifs (EN-LAB 045)

Conditions d'envoi à l'Accueil de Biologie Centralisé (ABC) de l'hôpital Pellegrin :

- Pour les prélèvements effectués au CHU : acheminer le prélèvement entre +2°C à +8°C.
- Pour les prélèvements extérieurs : acheminer le prélèvement entre +2°C à +8°C.
  - dans les conditions usuelles de transport de matériel biologique
  - le bon de transport doit indiquer l'identité du transporteur et l'heure d'enlèvement
- Pour une prise en charge optimale :
  - faire parvenir le liquide amniotique aux horaires suivants : 8h-16h du lundi au jeudi.
  - ne pas adresser de prélèvement le vendredi, le week-end, jour férié et veille de jour férié.
- En cas d'impossibilité d'acheminer rapidement le prélèvement, le conserver entre +2°C à +8°C.

Adresse d'envoi :
Accueil de Biologie Centralisé (ABC) Hôpital Pellegrin
CHU Bordeaux
Place Amélie-Raba Léon
33076 Bordeaux Cédex

Contacts :
Laboratoire Virologie : Tel 05 56 79 55 10 Fax : 05 56 79 56 73

Avec la collaboration d'Hélène FRECH, interne

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 :	GARRIGUE ISABELLE	CHAUZIT EMMANUELLE	COMBOURIEU ISABELLE	FLEURY HERVE	POMMIERS SYLVIE
Signature :	DOCUMENT VALIDE NUMERIQUEMENT				

SEULE LA VERSION ELECTRONIQUE FAIT FOI, ASSUREZ-VOUS DE LA BONNE VERSION EN VIGUEUR