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 8**2 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				

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