



ccap

Centre de Cytologie et
d'Anatomo-Pathologie

**MANUEL DE
PRELEVEMENT
DES
CYTOLOGIES
SPECIALES**

I. Le laboratoire

1. Emplacement

Le laboratoire CCAP se situe à la maison des consultations du Pôle Santé Oréliance.

Adresse :

Au 551 Avenue Jacqueline Auriol
Rez de Jardin (niveau -1)
45770 Saran

2. Horaires

	HORAIRE D'OUVERTURE	HORAIRE DE FERMETURE
LUNDI	7h30	17h00
MARDI	7h30	17h00
MERCREDI	7h30	17h00
JEUDI	7h30	17h00
VENDREDI	7h30	16h00
SAMEDI	FERME	
DIMANCHE		

3. Examens réalisés au laboratoire

Les examens réalisés au laboratoire et ceux sous traités sont détaillés dans le catalogue de prestations : *M_CP_FI01_Catalogue de prestations*.

Il est disponible sur le site internet : www.c-cap.fr ou en version papier sur simple demande (un accusé réception vous sera alors demandé).

4. Délai de transmission du compte rendu

Au plus tard 10 jours ouvrés après enregistrement de l'échantillon au laboratoire.

Ce délai est à titre indicatif. Il peut être allongé en fonction de la complexité de l'examen et des techniques complémentaires nécessaires.

Nos délais sont spécifiés dans notre catalogue de prestations *M_CP_FI01_Catalogue de prestations*.

II. Objectif

L'objectif de ce document est de décrire la méthodologie pour que les prescripteurs prélèvent et conditionnent en toute sécurité les prélèvements (échantillons) cytologiques destinés à un examen anatomo-cyto-pathologiques (ACP).

Les modifications apportées au document sont identifiées par un trait violet en bordure :

La qualité d'une cytologie spéciale dépend de la bonne exécution de trois phases : pré-analytique, analytique, post-analytique.

Dans ce manuel, seule la phase pré-analytique est concernée.

Celle-ci débute avant que les examens cytologiques ne parviennent au CCAP pour examen.

La participation des prescripteurs concernés est très importante afin que le diagnostic final soit rendu avec la meilleure fiabilité possible dans l'intérêt du patient. L'identification des prélèvements (en phase liquide ou étalement), les renseignements de la demande d'examen, la fixation adéquats sont les items fondamentaux de la phase pré-analytique.

Les méthodes utilisées sont revues régulièrement en accord avec les recommandations internationales.

La qualité de réponse dépend de la qualité du prélèvement.

III. Informations requises

Il est important de bien compléter les informations obligatoires afin d'éviter les doublons patronymiques.

Dans le cas, où vous auriez des homonymes (exemple : mère et fille) la même journée, il est préférable d'identifier le flacon par le NOM et 1^{ère} lettre du Prénom, ou le NOM et la date de naissance (un élément qui permettrait de différencier les 2 flacons en cas de problèmes).

Les informations cliniques sont fondamentales pour le diagnostic afin de permettre un résultat adapté au contexte physiologique du patient :

- Les informations cliniques
- La problématique
- Les examens et lésions existantes (lésion maligne)
- Résultats de traitement ou examens complémentaires

1. Nature des prélèvements

L'examen de cytologie spéciale comprend l'examen des liquides et des sécrétions.

Comme pour tous les examens analysés en ACP, la qualité de l'échantillon dépend du prélèvement, de la fixation et du transport jusqu'au laboratoire.

La cytologie spéciale est réalisée soit :

- En milieu liquide
- En tube sec
- Par étalement.

2. Conservation

**Le flacon contenant la solution CytoLyt doit être stocké entre 15°C et 30°C.
Cette solution conserve les cellules pendant huit jours au maximum.**

Le tube sec est à conserver au frigo afin d'éviter la dégradation des cellules.

3. Prélèvement et Fixation :

Les cytologies spéciales sont :

- Les liquides d'ascite
- Les ponctions de kystes
- Les LCR
- Les LBA
- Les aspirations bronchiques
- Les cytologies urinaires
- Les cytologies thyroïdiennes

Les cytologies spéciales peuvent parvenir au laboratoire :

- A l'état frais (dans un tube sec)
- OU
- Dans tube pré-rempli avec un conservateur (Cytolyt)

⚠ Ne plus utiliser de flacon de formol

4. Informations importantes :

Les flacons préconisés sont définis dans le chapitre *IV. Demande d'examen (ci-dessous)*.

De plus, la date de péremption du Cytolyt doit être vérifiée systématiquement afin d'éviter d'utiliser un conservateur périmé qui pourrait influencer sur la réalisation de l'examen ou l'interprétation des résultats.

5. Méthode :

Les cytologies spéciales sont traitées soit :

- **En milieu liquide** : par la méthode de cytologie en monocouche grâce à un automate spécifique ou par cyto centrifugation. Les lames obtenues sont colorées par la coloration Papanicolaou puis examinées au microscope.
- **Par étalement** : Les lames préalablement réalisées par le prescripteur sont colorées par la coloration Papanicolaou puis examinées au microscope.

6. Critères d'acceptation et refus des prélèvements :

Certains facteurs sont susceptibles d'influencer la réalisation de l'examen ou l'interprétation des résultats.

Ces facteurs ont été définis au laboratoire et sont décrits dans le document :
R_TR_FI02_Condition d'acceptation ou refus des prélèvements

➤ Des critères de **REFUS** :

- Plusieurs flacons patients non identifiés et demandes d'examen en vrac (absence de pochette individualisée)

Dans ce cas les prélèvements ne seront pas pris en charge par le laboratoire et le prescripteur sera directement averti.

➤ Des critères **BLOQUANTS** (pouvant retarder le rendu du résultat) :

- Discordance entre l'identité patient de la demande d'examen et l'identité annotée sur le flacon
- Discordance entre le nombre de flacons indiqué sur la demande d'examen et la réalité
- Discordance entre les renseignements cliniques indiqués sur la demande d'examen et ceux notés sur le flacon
- Absence de la demande d'examen
- Absence du nom du prescripteur
- Absence de renseignements cliniques
- Absence de renseignements patients (adresse incomplète, absence date de naissance...)
- ...

➤ Des critères **NON BLOQUANTS** (pouvant impacter sur l'établissement du diagnostic) :

- Utilisation du **formol** en tant que fixateur...

Selon le problème rencontré, une annotation pourra être ajoutée au compte-rendu par le pathologiste.

7. Hygiène et sécurité :

Les échantillons de pathologie chirurgicale doivent être considérés comme contagieux jusqu'à ce qu'ils soient fixés.

Respecter les recommandations réglementaires pour la manipulation des échantillons de patients. Les règles de sécurité quant à la manipulation du milieu de conservation doivent être appliquées. Les fiches de données de sécurité (FDS) pour le milieu de conservation sont disponibles sur demande.

8. Acheminement

Les prélèvements parviennent au laboratoire par différents moyens :

- Par service postal (*enveloppe T*)
- Déposé directement au laboratoire par le patient
- Par coursier *
- Déposé directement au laboratoire par le prescripteur ou une secrétaire *

* Dans les deux derniers cas, la traçabilité de transport se fait :

- via un bordereau qui sera mis à votre disposition *R_TR_FO07_Bordereau de traçabilité et prise en charge des examens histologiques*

ou

- via le listing transmis dans les valises par les différents blocs opératoires.

Vous devrez apposer votre **cachet** et indiquer la **date** et le **nombre de flacons transmis**.

Nom du coursier :

Cabinet : (Partie obligatoire)

Date	Nbre de flacons	Réception par le coursier	Réception au CCAP
		<input type="checkbox"/> CONFORME <input type="checkbox"/> NON CONFORME Préciser :	<input type="checkbox"/> CONFORME <input type="checkbox"/> NON CONFORME Préciser :

Cette partie est uniquement remplie lorsque le coursier vient récupérer les prélèvements à votre cabinet

Le personnel du CCAP s'assure que le nombre de prélèvements reçus correspond à celui envoyé

Le respect de cette procédure est indispensable pour la **tracabilité** et la **sécurisation** du prélèvement.

9. Prestation de conseil et réclamations

Les pathologistes restent à la disposition des prescripteurs pour toutes demandes concernant la prescription ainsi que l'interprétation des résultats.

Le laboratoire a mis en place un système de réclamations. Elles peuvent nous être adressées par téléphone, courrier ou fax.

Toutes réclamations quelles que soient la provenance sont enregistrées et analysées régulièrement.

IV. Demandes d'examen

1. Cytologie urinaire

Il est important de :

- O
B
L
I
G
A
T
O
I
R
E**
- Identifier correctement les flacons qui contiennent l'échantillon et
 - Remplir le formulaire de demande d'examen avec l'identification du patient :
 - Nom de naissance du patient,
 - Nom marital si applicable,
 - Date de naissance,
 - Adresse,
 - Nom du médecin prescripteur,
 - Date du prélèvement
 - Adresse et nom des personnes qui reçoivent le CR final.
 - Numéro de Sécurité Sociale



Dr DOUVIN & Dr KAPFER
Maison des consultations
551, avenue Jacqueline Auriol
45770 SARAN
Tél. 02 38 24 07 07

*Cadre réservé
au laboratoire*

DEMANDE D'EXAMEN CYTOLOGIQUE URGENT

Les éléments inscrits en rouge doivent être obligatoirement complétés pour le suivi du dossier patient

Nom : *Cochet du médecin prescripteur*
NJF : *ou du laboratoire*
Prénom : *ou du préleveur*
Date de naissance : ___/___/___
Adresse :
Code postal : ___-___-___ **Ville :**
Téléphone :
N° de Sécurité Sociale : ___/___/___/___/___/___/___
Résultat à communiquer au Dr :

FROTTIS URINAIRE

Date du prélèvement : ___/___/___

Nature du prélèvement :
 Miction Sondage Urine + Lavage Voie haute

Examen cytoscopique : Normal Pathologique
 ↳ Description :

Renseignements cliniques :

.....

Antériorités : Surveillance : Grade : Stade :
 Traitement en cours :

R_TR_F064
R02 : 20/02/2019

Dans le cadre du RGPD, ces informations sont recueillies à titre de données obligatoires dans le cadre du respect des exigences de l'accréditation selon la norme ISO 15189



2. Cytologie thyroïdienne

Il est important de :

- O
B
L
I
G
A
T
O
I
R
E**
- Identifier correctement les flacons qui contiennent l'échantillon et
 - Remplir le formulaire de demande d'examen avec l'identification du patient :
 - Nom de naissance du patient,
 - Nom marital si applicable,
 - Date de naissance,
 - Adresse,
 - Nom du médecin prescripteur,
 - Date du prélèvement
 - Adresse et nom des personnes qui reçoivent le CR final.
 - Numéro de Sécurité Sociale



ccap
Centre de Cytologie et
d'Anatomo-Pathologie

Dr **DOUVIN & Dr KAPFER**
Maison des consultations
551 avenue Jacqueline Auriol
45770 SARAN
☎ 02.38.24.06.74

Cadre réservé au laboratoire

N° Histo associé :

Demande d'examen cytologique **URGENT**

Les éléments inscrits en rouge doivent être obligatoirement complétés pour le suivi du dossier patient

Nom :
 Nom de naissance :
 Prénom :
 Date de naissance : ____/____/____
 Adresse :
 Code postal : ____ Ville :
 Téléphone :
 N° de Sécurité Sociale : ____/____/____/____/____/____

Cachet du médecin prescripteur
ou du laboratoire
ou du préleveur

Résultat à communiquer également au Dr

Cytologie spéciale :

Date du prélèvement : ____/____/____

Nature du prélèvement :

- | | | |
|--|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Thyroïde | <input type="checkbox"/> LBA | <input type="checkbox"/> Aspiration bronchique |
| <input type="checkbox"/> LCR | <input type="checkbox"/> Ponction mammaire | <input type="checkbox"/> Écoulement mammaire |
| <input type="checkbox"/> Ascite | <input type="checkbox"/> Plèvre | <input type="checkbox"/> Autre : |

Renseignements cliniques :

.....

.....

.....

Antériorités connues :

.....

R_TR_F006 R00 Dans le cadre du RGPD, ces informations sont recueillies à titre de données obligatoires dans le cadre du respect des exigences de l'accréditation selon la norme ISO 15189.



3. Autres cytologies

Il est important de :

**O
B
L
I
G
A
T
O
I
R
E**

- Identifier correctement les flacons qui contiennent l'échantillon et
- Remplir le formulaire de demande d'examen avec l'identification du patient :
 - Nom de naissance du patient,
 - Nom marital si applicable,
 - Date de naissance,
 - Adresse,
 - Nom du médecin prescripteur,
 - Date du prélèvement
 - Adresse et nom des personnes qui reçoivent le CR final.
- Numéro de Sécurité Sociale



Dr DOUVIN & Dr KAPFER
Maison des consultations
551 avenue Jacqueline Auriol
45770 SARAN
☎ 02.38.24.06.74

Cadre réservé au laboratoire

N° Histo associé :

Demande d'examen cytologique

URGENT

Les éléments inscrits en rouge doivent être obligatoirement complétés pour le suivi du dossier patient

Nom :
Nom de naissance :
Prénom :
Date de naissance : ____/____/____
Adresse :
Code postal : _____ **Ville :**
Téléphone :
N° de Sécurité Sociale : ____/____/____/____/____/____

Cachet du médecin prescripteur
ou du laboratoire
ou du préleveur

Résultat à communiquer également au Dr

Cytologie spéciale :

Date du prélèvement : ____/____/____

Nature du prélèvement :

- | | | |
|-----------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Thyroïde | <input type="checkbox"/> LBA | <input type="checkbox"/> Aspiration bronchique |
| <input type="checkbox"/> LCR | <input type="checkbox"/> Ponction mammaire | <input type="checkbox"/> Écoulement mammaire |
| <input type="checkbox"/> Ascite | <input type="checkbox"/> Plèvre | <input type="checkbox"/> Autre : |

Renseignements cliniques :

Antériorités connues :

R_TR_F006 R00 Dans le cadre du RGPD, ces informations sont recueillies à titre de données obligatoires dans le cadre du respect des exigences de l'accréditation selon la norme ISO 15189.

