

<b>Politique : D'acceptation et de rejet de spécimens/d'échantillons</b>	<b>Code ID:</b> POL-OPTI-PM-0001 FR
--	--

[English version \(Use "Ctrl + click" to follow link\)](#)

<b>Sujet :</b> Décrit les critères d'acceptation et de rejet des spécimens/échantillons.	
<b>Lieu :</b> <a href="#">Site Web d'OMNI au CUSM</a>	<b>Date de l'entrée en vigueur :</b> 2022-09-01 <b>Période de révision :</b> 5 ans
<b>Mots Clés :</b> Renseignements obligatoires, ordonnance, prescripteur, patient	<b>Distribution :</b> <input checked="" type="checkbox"/> Personnel et clients des laboratoires
<b>Numéro de version :</b> 1.0	<b>Annexe :</b> 1
<b>Rédigée de l'auteur/des auteur(s) / Signature(s):</b> Dr. Alan Spatz, directeur médical Enzo Caprio, directeur clinico administratif	<b>Date (aaaa/mm/jj):</b> Septembre 2021 Septembre 2021
<input type="checkbox"/> Document signé électroniquement	
<b>Révisée par / Signature(s):</b> Comité exécutif de qualité Carmen Pavan/Cécile Le Saint Chefs médicaux OPTILAB Yamama Tamim, adjointe au directeur, volet qualité	<b>Date (aaaa/mm/jj):</b> Septembre 2021 Mai 2022 Juillet 2022 Juillet 2022
<input type="checkbox"/> Document signé électroniquement	
<b>Autorisée par / Signature(s):</b> <b>Dr Alan Spatz, Enzo Caprio</b>	<b>Date (aaaa/mm/jj) :</b> 2022 08 30
<input checked="" type="checkbox"/> Document signé électroniquement	
<b>Remplace la version :</b> Sans objet (1 <sup>ère</sup> version)- remplace les politiques antérieures des laboratoires OPTILAB-CUSM	
<b>Changements apportés à la dernière version autorisée :</b> Sans objet (1 <sup>ère</sup> version)	

**Remarque :**

*Il s'agit d'un document à distribution contrôlée. Il doit être comparé à la version officielle dans le site web d'OMNI, du CUSM, avant d'être utilisée.*

**Note:** *This is a document with a controlled distribution. It must be checked prior to use against the official version in the MUHC's OMNI website.*

Date de l'entrée en vigueur: 2022-09-01	ESQ chapitre: 07	Code ID: POL-OPTI-PM-0001 FR	Version: 1.0
---	------------------	------------------------------	--------------

1.	Objectif .....	2
2.	Champ d'application .....	2
3.	Définitions et Abréviations.....	2
4.	Politique .....	3
5.	Rôles et responsabilités .....	7
6.	Procédure .....	8
7.	Références .....	8
8.	Documents connexes .....	8
9.	Considérations spéciales .....	8

## 1. Objectif

La présente politique vise à assurer le respect des bonnes pratiques et la qualité des résultats de laboratoire en prévoyant :

- Les critères de la politique d'acceptation et de rejet pour les spécimens/échantillons soumis avec requête/ordonnance papier.
- Que les spécimens/échantillons soient correctement identifiés et les formulaires de demande bien remplis.
- Les critères respectant l'intégrité des spécimens soumis au laboratoire.

Des renseignements incomplets et inexacts sur la requête et/ou sur l'étiquette des spécimens/des échantillons peuvent entraîner une manipulation et un diagnostic inadéquats, de même que des retards dans la manipulation des spécimens/échantillons ainsi que pour la publication des rapports. L'objectif de cette politique est d'éviter de tels événements indésirables pouvant avoir un impact majeur sur les soins aux patients. En outre, l'absence de coordonnées adéquates du prescripteur peut entraîner des événements indésirables majeurs si le laboratoire ne parvient pas à joindre le prescripteur en temps utile avec des résultats critiques/de panique.

## 2. Champ d'application

Cette politique s'applique à tout prélèvement reçu au laboratoire et s'adresse au personnel du laboratoire et à leur clientèle.

## 3. Définitions et Abréviations

**CAP:** College of American Pathologists

**CMQ :** Collège des médecins du Québec

**DDN :** Date de naissance

**OIIQ :** Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

**Prescripteur :** Médecins/sages-femmes/dentistes/pharmaciens/ ou tout autre professionnel de la santé autorisé à demander des analyses de laboratoire.

**Spécimens non renouvelables ou irremplaçables :**

Un spécimen obtenu par des techniques invasives ou lorsqu'il ne peut être repris dans les mêmes conditions optimales.

**Laboratoire :** réfère à tous les laboratoires de la grappe OPTILAB-CUSM

**Remarque :**

*Il s'agit d'un document à distribution contrôlée. Il doit être comparé à la version officielle dans le site web d'OMNI, du CUSM, avant d'être utilisé.*

*Note: This is a document with a controlled distribution. It must be checked prior to use against the official version in the MUHC's OMNI website.*

Date de l'entrée en vigueur: 2022-09-01	ESQ chapitre: 07	Code ID: POL-OPTI-PM-0001 FR	Version: 1.0
---	------------------	------------------------------	--------------

## 4. Politique

- Le laboratoire d'Optilab-CUSM a établi des procédures normalisées pour l'obtention et l'identification des échantillons et des requêtes qui doivent les accompagner. Il a aussi établi une marche à suivre pour les échantillons et requêtes non conformes. Il se réserve le droit de refuser toute demande d'analyse qui ne correspond pas aux normes décrites ci-dessous.
- Le laboratoire accepte les échantillons cliniques pour l'analyse seulement si le contenant de l'échantillon est correctement identifié et si la requête en papier contient l'information minimale exigée ou s'il y a une étiquette de collection du système informatique des laboratoires (SIL). L'information démographique du patient sur le contenant doit être identique à l'information sur la requête et/ou l'étiquette de collection du SIL.
- Les taux de rejet et de non-conformité seront surveillés et partagés avec les clients du laboratoire afin de travailler ensemble à l'amélioration de la sécurité de nos patients.
- Un formulaire d'attestation de témoin doit être dûment complété et doit accompagner tous les échantillons envoyés à la banque de sang avec une étiquette de Trace Line.

### 4.1 Renseignements obligatoires sur la requête/ l'ordonnance papier

#### 4.1.1 Renseignements du prescripteur

Obligatoire pour tous	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Pour les ordonnances individuelles :</b> Prénom et Nom de famille <u>et</u> numéro de permis d'exercice *</li> <li><b>Pour les ordonnances collectives :</b> Prénom et Nom de famille du « Médecin répondant » <u>et</u> numéro de permis d'exercice</li> </ul>
Obligatoire pour les patients hospitalisés / à l'urgence	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Identification du service ou de l'unité et du numéro de la chambre pour le retour des résultats</b></li> <li><b>Signature du prescripteur NON requise.</b></li> </ul>
Obligatoire pour TOUS les patients externes	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Signature du prescripteur autorisé et numéro de licence (si, ordonnance individuelle)</b></li> <li><b><u>Pour l'établissement hors de l'hôpital :</u></b> <b>Nom complet de l'établissement et adresse complète pour le retour des résultats</b> incluant : <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Numéro de téléphone</b></li> <li>- <b>Numéro de télécopieur</b>, enregistrés auprès du laboratoire. ** Exception : Sauf s'il existe déjà une connexion SRL (Solution Régionale de Laboratoire)</li> </ul> </li> <li><b><u>Pour la clinique de l'hôpital :</u></b> <b>Nom de la clinique et le numéro du bureau/pièce pour le retour des résultats</b></li> </ul>
Renseignements supplémentaires recommandés	<ul style="list-style-type: none"> <li>Autre identificateur tel qu'un code de prescripteur unique attribué par un laboratoire spécifique. Ce code supplémentaire <b>ne remplace pas</b> les exigences obligatoires ci-dessus.</li> </ul>

\* Les résidents ne sont autorisés à prescrire des tests que dans le cadre de leur formation.

Les stagiaires (p. ex. étudiants en médecine) ne sont pas autorisés à prescrire des tests. Ils ne peuvent pas demander des analyses de laboratoire uniquement sous leur propre nom; le nom du médecin titulaire/superviseur (professionnel de la santé) et son numéro de permis doivent être indiqués sur la requête/l'ordonnance.

\*\* Si les coordonnées 24h/7 du professionnel de la santé faisant la demande (ex. : numéro de cellulaire ou de téléavertisseur) n'ont pas été enregistrées auprès du laboratoire, ces renseignements doivent être clairement indiqués sur la demande afin de transmettre des résultats critiques /paniques.

Afin de nous assurer que les renseignements sur le prescripteur sont à jour, s'ils n'ont pas été mis à jour récemment, le formulaire « **D'autorisation pour la transmission de résultats** » (FORM-01-LISL-IM-000202) doit être complété par le prescripteur et retourné au laboratoire le plus tôt possible.

**Remarque :**

Il s'agit d'un document à distribution contrôlée. Il doit être comparé à la version officielle dans le site web d'OMNI, du CUSM, avant d'être utilisée.

**Note:** This is a document with a controlled distribution. It must be checked prior to use against the official version in the MUHC's OMNI website.

Date de l'entrée en vigueur: 2022-09-01	ESQ chapitre: 07	Code ID: POL-OPTI-PM-0001 FR	Version: 1.0
---	------------------	------------------------------	--------------

#### 4.1.2 Renseignements du patient

Obligatoire	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Prénom du patient</b></li> <li>• <b>Nom de famille du patient</b> (si femme, nom de jeune fille)</li> </ul> <p><b>Plus UN des renseignements suivants :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Numéro d'assurance maladie (RAMQ)</b></li> <li>• <b>Numéro de dossier médical pour les patients hospitalisés (le cas échéant)</b></li> <li>• <b>Date de naissance (DDN) et sexe</b></li> </ul>
-------------	--

#### Situations particulières :

- a) Les spécimens/échantillons fœtaux doivent être identifiés avec le nom complet, le numéro de RAMQ/ de dossier médical, la DDN de la mère et un numéro de dossier médical distinct pour le fœtus, le cas échéant.
- b) Processus d'identification des patients inconnus (Se référer au protocole patient inconnu en vigueur dans chaque laboratoire individuel).
- c) Dans le cadre d'un protocole de recherche - numéro /code d'étude du patient (Se référer au protocole de recherche en vigueur dans chaque laboratoire individuel).
- d) En cas de dépistage anonyme de maladies infectieuses transmises sexuellement ou pour un produit sanguin dans le cadre du programme de santé publique - code attribué par le prescripteur.

#### 4.1.3 Renseignements de l'analyse

Obligatoire sur la requête	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Date et heure du prélèvement des spécimens/échantillons</b></li> <li>• <b>Identification du préleveur :</b> Signature <u>lisible</u> ou numéro d'employé ou numéro de permis du professionnel *</li> <li>• <b>Analyse(s) demandé(es)</b></li> <li>• <b>Type /source de spécimen/échantillon**</b></li> </ul>
Obligatoire, le cas échéant	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Renseignements /antécédents cliniques pertinents (obligatoire pour la pathologie, le cas échéant pour d'autres laboratoires)</li> <li>• Le <u>site</u> anatomique de l'échantillon d'où les spécimens/échantillons ont été prélevés et type de spécimens/d'échantillons : requis à la fois sur la requête et sur le contenant des spécimens/des échantillons (la quantité de spécimens/échantillons sur la requête doit correspondre au nombre de contenants reçus). (Obligatoire pour la pathologie et microbiologie, le cas échéant pour d'autres laboratoires)</li> <li>• L'heure à laquelle les spécimens/les échantillons ont été placés dans un fixatif (ex. le formol) pour tous les spécimens/échantillons de seins, les biopsies pulmonaires et tous les gros spécimens/échantillons chirurgicaux qui arrivent dans le formol. (Obligatoire en pathologie)</li> </ul>

\* A l'exception des échantillons prélevés par le patient lui-même.

\*\* A l'exception du sang, des urines et des selles.

#### Remarque :

Il s'agit d'un document à distribution contrôlée. Il doit être comparé à la version officielle dans le site web d'OMNI, du CUSM, avant d'être utilisée.

**Note:** This is a document with a controlled distribution. It must be checked prior to use against the official version in the MUHC's OMNI website.

Date de l'entrée en vigueur: 2022-09-01	ESQ chapitre: 07	Code ID: POL-OPTI-PM-0001 FR	Version: 1.0
---	------------------	------------------------------	--------------

#### 4.2 Renseignements obligatoires sur les contenants ou tubes des spécimens/d'échantillons

Obligatoire	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Prénom du patient</b></li> <li>• <b>Nom de famille du patient (si femme, nom de jeune fille)</b></li> </ul>
<b>ET UN</b> des renseignements suivants (obligatoire)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Numéro de dossier médical</b> et numéro de chambre pour les patients hospitalisés (le cas échéant)</li> <li>• <b>Numéro d'assurance maladie (RAMQ)</b></li> <li>• <b>En l'absence de numéro d'assurance maladie, date de naissance (DDN) et sexe</b></li> </ul>
Obligatoire, le cas échéant	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Provenance des spécimens/échantillons</b> Obligatoire pour la pathologie, microbiologie. Obligatoire pour les autres laboratoires, si plusieurs échantillons, de la même source/ site anatomic, sont envoyés sur un patient (ex. LCR #1, LCR #2 etc).</li> <li>• <b>Date et heure du prélèvement des spécimens / échantillons</b> (ex. : test fonctionnel dynamique nécessitant le prélèvement de plus d'un spécimen/ échantillon.)</li> <li>• <b>Le type de fixateur</b> : Doit être indiqué sur le contenant. Les spécimens/échantillons doivent porter une étiquette indiquant s'ils sont « frais » ou « fixés », contiennent du formol tamponné neutre à 10 % ou un autre fixateur. (Veuillez prendre note que des contenants de formol préremplis et pré-étiquetés sont disponibles auprès d'un certain nombre de distributeurs commerciaux). (obligatoire en pathologie)</li> <li>• <b>Initiales de la personne qui a prélevé l'échantillon</b> (Obligatoire pour la médecine transfusionnelle / banque de sang)</li> </ul>

#### 4.3 Exigences obligatoires pour le tube ou contenant du spécimen

- Tubes ou milieux de transport adéquats
- Non expirés
- Étanches

#### 4.4 Exigences obligatoires pour le transport et conservation du spécimen

- Respect des règlements sur le transport des matières dangereuses
- Les contenants des spécimens doivent être placés dans des sacs en plastique qui peuvent être scellés.
- Respect du délai et des conditions de transport, selon le répertoire des analyses. Exemple : Les urines, pour la culture en microbiologie, doivent être conservées au frigo.
- Utilisation du bon fixateur, le cas échéant.

**Remarque :**

Il s'agit d'un document à distribution contrôlé. Il doit être comparé à la version officielle dans le site web d'OMNI, du CUSM, avant d'être utilisée.

**Note:** This is a document with a controlled distribution. It must be checked prior to use against the official version in the MUHC's OMNI website.

Date de l'entrée en vigueur: 2022-09-01	ESQ chapitre: 07	Code ID: POL-OPTI-PM-0001 FR	Version: 1.0
---	------------------	------------------------------	--------------

#### 4.5 Exigences de la qualité et intégrité du spécimen

- Respect des conditions de prélèvements et volume adéquat
- Étiquetage adéquat
- Spécimen non hémolysé, non lipémique et non ictérique, lorsqu'applicable

#### 4.6 Exigences pour les urines 24 heures

- Date et heure du début **et** de la fin de la collecte
- Nombre total d'heures de la collecte
- Le temps de la collecte doit être conforme
- Nom de l'agent de conservation (le cas échéant)

#### 4.7 Processus et communication d'un rejet d'un spécimen

- Le laboratoire doit documenter la réception de l'échantillon dans le SIL.
- Le rejet de l'échantillon est documenté, dans le SIL, utilisant le code (ou message) de non-conformité expliquant pourquoi il a été rejeté.
- Si requise, une déclaration d'accident/incident (AH-223) doit être complétée et envoyée au responsable qualité du laboratoire concerné.

De plus, pour les spécimens **non renouvelables ou irremplaçables** :

(Ex. Un spécimen obtenu par des techniques invasives ou lorsqu'il ne peut être repris dans les mêmes conditions optimales. La liste des spécimens non renouvelables ou irremplaçables est ajoutée en annexe 1.)

- Tous les efforts seront déployés par chacun des départements et services du laboratoire, selon leurs politiques spécifiques définies, pour contacter les médecins prescripteurs afin de permettre l'analyse de ces spécimens en toute sécurité
- S'il doit être rejeté, informer le prescripteur par l'appel téléphonique et documenter le nom complet de la personne contactée dans le SIL

#### 4.8 Processus pour l'acceptation d'un spécimen « non renouvelable ou Irremplaçable » qui n'est pas bien identifié

Lors de la réception d'un échantillon non renouvelable ou irremplaçable, qui ne respecte pas les critères établis dans la présente politique, le personnel du laboratoire doit :

- Informer le secteur responsable et demander que la personne qui a fait le prélèvement vienne corriger l'erreur au laboratoire (ex. réception des échantillons).
  - Pour les tests sanguins chez les enfants, il est important de passer un appel à l'unité de soins afin de corriger au plus vite l'erreur et ainsi éviter que l'enfant ne soit prélevé de nouveau.
- La personne qui fait la correction et l'identification doit signer le formulaire « d'acceptation/identification des spécimens mal identifiés » du laboratoire.  
**Note** : Lorsque le préleveur ne peut pas venir identifier le spécimen, l'approbation écrite d'un médecin ou professionnel du laboratoire peut être acceptée dans les 24 heures. S'ils ne sont pas sur place, une autorisation verbale est acceptée et le formulaire doit être signé, dans les plus brefs délais, par la personne qui l'a autorisé verbalement.

**Remarque :**

Il s'agit d'un document à distribution contrôlée. Il doit être comparé à la version officielle dans le site web d'OMNI, du CUSM, avant d'être utilisé.

**Note:** This is a document with a controlled distribution. It must be checked prior to use against the official version in the MUHC's OMNI website.

Date de l'entrée en vigueur: 2022-09-01	ESQ chapitre: 07	Code ID: POL-OPTI-PM-0001 FR	Version: 1.0
---	------------------	------------------------------	--------------

## 5. Rôles et responsabilités

**Direction médicale (Directeur du laboratoire, médecin biochimiste ou biochimistes cliniques, pathologiste, hématologue, microbiologiste, etc..., personne de garde supervisant le laboratoire) :**

- assure l'application de cette politique dans les laboratoires sous sa responsabilité ;
- supporte le personnel dans l'application de cette politique ;
- détermine la liste des échantillons diagnostiques d'exception ;
- certifie par écrit dans le formulaire d'acceptation et d'identification d'échantillon(s) mal identifié(s), lorsque le requérant est dans l'impossibilité d'assurer le suivi requis, ex. en l'absence du requérant.

**Direction OPTILAB Montréal-CUSM:**

- approuve et communique cette politique ;
- assure un suivi de la conformité et à cette politique auprès des gestionnaires et des employés sous leur responsabilité ;
- établit des indicateurs annuels en lien avec le respect de cette politique et permettant de suivre les tendances et les objectifs annuels ciblés au comité exécutif qualité de la grappe ;
- assure, avec le comité exécutif qualité de la grappe, un suivi périodique des non-conformités liées à l'acceptation et le rejet des échantillons et analyses diagnostiques ;
- fait le lien avec les directions des établissements.

**Gestionnaire des laboratoires**

- assure l'application de cette politique dans les laboratoires sous sa responsabilité ;
- supporte le personnel dans l'application de cette politique ;

**Adjoint au directeur qualité-sécurité et EBMD ou son délégué (Chef de service qualité) :**

- donne les lignes directrices sur l'implantation de cette politique ;
- supporte les gestionnaires dans l'application de celle-ci ;
- agit à titre-conseil ;
- assure la vigie ;
- supporte les directions d'établissement.

**Assistant-chef (assistant-chef opérations et assistant-chef qualité) :**

- met en place cette politique ;
- supporte le personnel dans l'application de celle-ci ;
- s'assure du suivi des indicateurs établis

**Les employés et professionnels des laboratoires**

- applique cette politique ;
- aide le préleveur dans la complétion du formulaire de certification pour les échantillons irremplaçables et signe le formulaire d'identification des spécimens irremplaçables ;
- déclare les non-conformités selon les procédures locales ;
- réfère à son supérieur, un gestionnaire ou un professionnel médical, lorsque nécessaire.

**Remarque :**

*Il s'agit d'un document à distribution contrôlée. Il doit être comparé à la version officielle dans le site web d'OMNI, du CUSM, avant d'être utilisée.*

*Note: This is a document with a controlled distribution. It must be checked prior to use against the official version in the MUHC's OMNI website.*

Date de l'entrée en vigueur: 2022-09-01	ESQ chapitre: 07	Code ID: POL-OPTI-PM-0001 FR	Version: 1.0
---	------------------	------------------------------	--------------

## 6. Procédure

### 6.1 Conservation des échantillons rejetés

- Le laboratoire entrepose les échantillons qui ne répondent pas aux critères de conformité reliés à l'identification (rejet), pour une période d'au moins 4 heures.  
Sauf exceptions : Une période de **4h maximal** concernant les échantillons de coagulation, et de 48h pour les formules sanguines complètes (FSC).
- Les échantillons rejetés seront conservés dans des conditions qui préservent leur intégrité et qui facilitent leur récupération.
- Les échantillons rejetés seront jetés de façon sécuritaire au-delà de la période établie.

## 7. Références

- CAP ; Requirement numbers: COM 06000, COM 06100, COM 06200, COM 06300
- "Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin, RLRX, C. M-9, r. 25.1" (<http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/M-9,%20r.%2025.1/> )
- CMQ ; Les ordonnances individuelles faites par un médecin : 10/2016 Guide d'exercice (<http://www.cmq.org/nouvelles-pdf/n-3-2016-10-03-fr-nouveau-guide-sur-les-ordonnances-individuelles-faites-par-un-medecin.pdf?t=1546697017081> )
- CMQ : <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2012-09-01-fr-cadre-gestion-pour-suivi-securitaire-resultats-investigation-ou-depistage.pdf>
- CMQ : Les ordonnances collectives - guide d'exercice (mai 2017)  
<http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2017-05-01-fr-ordonnances-collectives.pdf?t=1549133010056>
- ISO15189:12 ; Laboratoires de biologie médical- Exigences concernant la qualité et la compétence ; 2012 11 05 ; Geneva, Suisse; (Norme 5.4)
- OPTMQ (Ordre professionnel des technologistes médicaux du Québec) : *Guide de gestion de la qualité dans les laboratoires de biologie médicale*, 2017. ISBN : 978-2-9816759-2-7
- OIIQ ; <https://www.oiiq.org/en/pratique-professionnelle/encadrement-de-la-pratique/outils-cliniques/ordonnances-collectives>

## 8. Documents connexes

- SOP Acceptation rejet spécimens échantillons (SOP OPTI PM 0005)
- ) Rapport d'accident/incident (AH-223)
- Le tableau de commentaires du SIL pour documenter la non-conformité.
- Répertoires des analyses des différents secteurs et sites de laboratoire
- Formulaire d'acceptation et d'identification d'échantillon(s) mal identifié(s) » (FLT-OPTI-PM-0010)

## 9. Considérations spéciales

Pour la liste des spécimens irremplaçables voir annexe 1.

### Remarque :

Il s'agit d'un document à distribution contrôlée. Il doit être comparé à la version officielle dans le site web d'OMNI, du CUSM, avant d'être utilisée.

Note: This is a document with a controlled distribution. It must be checked prior to use against the official version in the MUHC's OMNI website.



Date de l'entrée en vigueur: 2022-09-01	ESQ chapitre: 07	Code ID: POL-OPTI-PM-0001 FR	Version: 1.0
---	------------------	------------------------------	--------------

## Annexe 1

### EXCEPTIONS – SPECIMENS NON RENOUELABLES / IRREPLAÇABLES

En cas de non-conformité, tout sera mis en œuvre pour éviter de refuser un spécimen.

#### BIOCHIMIE

Gaz artériel

Calculs rénaux

Liquides biologiques obtenus par ponction :

- Liquide Céphalo-Rachidien
- Liquide : pleural, péritonéal (ascite), péricardique, articulaire

#### HEMATOLOGIE

Sang de cordon

Moelle osseuse

Liquides biologiques obtenus par ponction :

- Liquide Céphalo-Rachidien
- Liquide : pleural, péritonéal (ascite), péricardique, articulaire

Cytométrie en flux: Sang périphérique pré-traitement

#### BANQUE DE SANG

Spécimens reçus dans le cadre de l'investigation d'une réaction transfusionnelle

#### Human Leucocytes Antigen (HLA)

Spécimens pour crossmatch final

Sang périphérique : Pré-transplantation et post transplantation, d'un donneur cadavérique, d'un donneur, d'un receveur âgé de < 3 ans, de donneurs internationaux et des banques nationales et internationales

#### MICROBIOLOGIE

Liquides biologiques obtenus par ponction :

- Liquide Céphalo-Rachidien
- Liquide : pleural, péritonéal (ascite), péricardique, articulaire, intraoculaire

Hémocultures : Aérobie et anaérobie, mycobactéries et mycoses

Moelle osseuse

Spécimens prélevés par endoscopie (cystoscopie, lavage bronchique, lavage broncho-alvéolaire, endoscopie digestive)

Calculs urinaires

Urine obtenue par cathétérisme vésical ou ponction sus pubienne

Biopsie tissulaire

Spécimens opératoires

Ponction ou drainage : d'abcès profond, de sinus, un échantillon profond obtenu par radiologie interventionnelle

Tympanocentèse

Prélèvements d'œil : grattage de cornée

Cathéters vasculaires (Picc Line, Perm-Cath, canule artérielle, Port-o-cath)

Matériel synthétique (prothèse, greffon vasculaire, drain ventriculopéritonéal, drain ventriculojugulaire)

\* Culture d'échantillons prélevés avant l'initiation des antibiotiques. Exemples: urine, écouvillon de drainage d'abcès (non profond), culture d'écoulement oculaire. \* Noter: C'est considéré irremplaçable seulement si approuvé par le microbiologiste de garde.

#### PATHOLOGIE

Spécimens pour cytologie non gynécologiques

Biopsies, pièces anatomiques et chirurgicales

Spécimens prélevés par endoscopie (cystoscopie, bronchoscopie, LBA, endoscopie digestive)

Liquide amniotique

Échantillons post-mortem

#### Remarque :

Il s'agit d'un document à distribution contrôlée. Il doit être comparé à la version officielle dans le site web d'OMNI, du CUSM, avant d'être utilisé.

**Note:** This is a document with a controlled distribution. It must be checked prior to use against the official version in the MUHC's OMNI website.

<b>Policy: Acceptance &amp; Rejection for Samples/Specimens</b>	<b>ID Code:</b> POL-OPTI-PM-0001 EN
---	--

[Version française \(Utilisez « Ctrl + click » pour suivre le lien\)](#)

<b>Topic: Describes the acceptance and rejection criteria for specimens/samples.</b>	
<b>Location:</b> <a href="#">Site Web d'OMNI au CUSM</a>	<b>Effective date:</b> 2022-09-01 <b>Review Period:</b> 5 years
<b>Key words:</b> Mandatory information, prescription, prescriber, patient	<b>Distribution:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Personnel and clients of the laboratories
<b>Version number:</b> 1.0	<b>Annex:</b> 1
<b>Written by / Signature:</b> Dr. Alan Spatz, medical director Enzo Caprio, clinical administrative director <input type="checkbox"/> Electronically signed document	<b>Date (yyyy/mm/dd):</b> September 2021 September 2021
<b>Reviewed by / Signature:</b> Quality executive committee Carmen Pavan/Cécile Le Saint OPTILAB Medical chiefs Yamama Tamim, Assistant to the Director, Quality <input type="checkbox"/> Electronically signed document	<b>Date (yyyy/mm/dd):</b> September 2021 May 2022 July 2022 July 2022
<b>Authorized by / Signature(s):</b> Dr Alan Spatz, Enzo Caprio <input checked="" type="checkbox"/> Electronically signed document	<b>Date (yyyy/mm/dd):</b> 2022 08 30
<b>Replaces the version:</b> Not applicable (1st version)- Supersedes previous OPTILAB-MUHC laboratory policies	
<b>Changes to the last authorized version:</b> Not applicable (1st version)	

**Remarque :**

*Il s'agit d'un document à distribution contrôlée. Il doit être comparé à la version officielle dans le site web d'OMNI, du CUSM, avant d'être utilisée.*

**Note:** *This is a document with a controlled distribution. It must be checked prior to use against the official version in the MUHC's OMNI website.*

Date effective: 2022-09-01	QSE chapter: 07	Code ID: POL-OPTI-PM-0001 EN	Version: 1.0
----------------------------	-----------------	------------------------------	--------------

1.	Objective.....	2
2.	Scope .....	2
3.	Definitions and Abbreviations .....	2
4.	Policy .....	3
5.	Roles and responsibilities .....	7
6.	Procedure .....	8
7.	References .....	8
8.	Related documents .....	8
9.	Special considerations .....	8

## 1. Objective

This policy aims to ensure compliance with good practices and the quality of laboratory results by providing:

- Acceptance and rejection policy criteria for specimens/samples submitted with paper requisition/prescription.
- That specimens/samples are correctly identified and request forms completed.
- The criteria respecting the integrity of the specimens submitted to the laboratory.

Incomplete and inaccurate information on the requisition and/or specimen/sample label may result in improper handling and diagnosis, as well as delays in specimen/sample handling and reporting. The objective of this policy is to avoid such adverse events that can have a major impact on patient care. In addition, the lack of adequate contact details of the prescriber can lead to major adverse events, if the Laboratory fails to reach the prescriber in a timely manner with critical/panic results.

## 2. Scope

This policy applies to all samples received at the laboratory and is intended for personnel and clients of the laboratories.

## 3. Definitions and Abbreviations

**CAP:** College of American Pathologists

**CMQ:** Collège des médecins du Québec (College of Physicians of Quebec)

**DOB:** Date of birth

**OIIQ:** Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (Order of Nurses of Québec)

**Prescriber:** Physicians/midwives/dentists/pharmacists/or any other healthcare professional authorized to order laboratory tests.

**Non-renewable or irreplaceable specimens:**

A specimen obtained by invasive techniques or when it cannot be taken under the same optimal conditions.

**Laboratory:** refers to all the laboratories of the OPTILAB-MUHC cluster

**Remarque :**

*Il s'agit d'un document à distribution contrôlée. Il doit être comparé à la version officielle dans le site web d'OMNI, du CUSM, avant d'être utilisée.*

**Note:** *This is a document with a controlled distribution. It must be checked prior to use against the official version in the MUHC's OMNI website.*

Date effective: 2022-09-01	QSE chapter: 07	Code ID: POL-OPTI-PM-0001 EN	Version: 1.0
----------------------------	-----------------	------------------------------	--------------

## 4. Policy

- The Optilab-MUHC laboratory has established standard procedures for obtaining and identifying specimens and the requisitions that must accompany them. It has also established a procedure to follow for non-compliant samples and requests. It reserves the right to refuse any request for analysis that does not correspond to the standards described below.
- The laboratory accepts clinical specimens for testing only if the specimen container is properly identified and the paper requisition contains the minimum required information or if there is a barcode label from the laboratory computer system (LIS). The patient demographic information on the container must be identical to the information on the LIS requisition and/or collection label.
- Rejection and non-compliance rates will be monitored and shared with laboratory clients to work together to improve our patient safety.
- A witness attestation form must be duly completed and must accompany all samples sent to the blood bank with a Trace Line label.

### 4.1 Mandatory information on the paper application/order

#### 4.1.1 Information on the prescriber

Mandatory for all	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>For individual Prescriptions:</b> Prescriber's First and Last name <u>and</u> License Number *</li> <li>• <b>For Collective Prescriptions:</b> First and Last Name of "Responsible physician" <u>and</u> license number</li> </ul>
Mandatory for hospitalized / emergency patients	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Identification of the service or unit and the room number for the return of the results</b></li> <li>• <b>The prescriber's signature is NOT required.</b></li> </ul>
Mandatory for ALL out patients	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Signature of authorized prescriber and license number (if individual prescription)</b></li> <li>• <b><u>For the establishment outside the hospital:</u></b> <b>Full name of establishment and complete address for return of results including:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Phone number</li> <li>- Fax number, registered with the laboratory. ** Exception: Unless there is already an SRL connection (Solution Régionale de Laboratoire)</li> </ul> </li> <li>• <b><u>For the hospital's clinics:</u></b> <b>Clinic name and office/room number for return of results</b></li> </ul>
Recommended additional information	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Other identifier such as a unique prescriber code assigned by a specific lab. This additional code <b>does not replace</b> the requirements required above.</li> </ul>

\* Medical residents are only authorized to order tests required as part of their training.

Trainees (e.g. medical students) are not authorized to prescribe testing. They cannot request lab tests under their own name only; the name of the incumbent/supervising physician (healthcare professional) and their license number must be indicated on the request / prescription.

\*\* If the 24-hour contact information of the healthcare professional making the request (e.g. cell phone or pager number) has not been registered with the laboratory, this information must be clearly indicated on the request in order to transmit critical/panic results.

To ensure that the prescriber information is up-to-date, if it has not been updated recently, the **Authorization form for the transmission of results** (FORM-01-LISL-IM-000202) must be completed by the prescriber and returned to the laboratory as soon as possible.

**Remarque :**

Il s'agit d'un document à distribution contrôlée. Il doit être comparé à la version officielle dans le site web d'OMNI, du CUSM, avant d'être utilisée.

**Note:** This is a document with a controlled distribution. It must be checked prior to use against the official version in the MUHC's OMNI website.

Date effective: 2022-09-01	QSE chapter: 07	Code ID: POL-OPTI-PM-0001 EN	Version: 1.0
----------------------------	-----------------	------------------------------	--------------

#### 4.1.2 Information on the patient

<b>Mandatory</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Patient's first name</b></li> <li>• <b>Patient's last name</b> (if female, maiden name)</li> </ul> <p><b>Plus ONE of the following:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Health insurance number (RAMQ)</b></li> <li>• <b>Medical record number for hospitalized patients (if applicable)</b></li> <li>• <b>Date of birth (DOB) and gender</b></li> </ul>
------------------	--

##### Special situations:

- a)** Fetal specimens/samples must be identified with full name, RAMQ/medical record number, mother's DOB and a separate medical record number for the fetus, if applicable.
- b)** Process for identifying unknown patients (Refer to the unknown patient protocol in force in each individual laboratory).
- c)** As part of a research protocol - patient study number/code (Refer to the current research protocol in each individual laboratory).
- d)** In the event of anonymous screening for sexually transmitted infectious diseases or for a blood product under public health program - code assigned by the prescriber.

#### 4.1.3 Information for the tests required

<b>Mandatory on prescription</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Date and time of specimen/sample collection</b></li> <li>• <b>Identification of the person collecting the specimens/samples:</b> <u>Legible</u> signature or employee number or license number of the professional.*</li> <li>• <b>Tests(s) required</b></li> <li>• <b>Type/source of specimen/sample **</b></li> </ul>
<b>Mandatory, if applicable</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relevant clinical information/history (mandatory for pathology, if applicable for other laboratories)</li> <li>• The anatomical <u>site</u> of the specimen from where the specimens/samples were taken and type of specimens/samples: required on both the requisition and the specimen/sample container (the quantity of specimens/samples on the request must correspond to the number of containers received). (Mandatory for pathology and microbiology, if necessary for other laboratories)</li> <li>• The time the specimens/samples were placed in fixative (i.e. formalin) for all breast specimens/samples, lung biopsies, and all large surgical specimens/samples that arrive in formalin. (Mandatory for pathology)</li> </ul>

\* With the exception of samples collected by the patient.

\*\* With the exception of blood, urines and stools samples.

##### **Remarque :**

*Il s'agit d'un document à distribution contrôlée. Il doit être comparé à la version officielle dans le site web d'OMNI, du CUSM, avant d'être utilisée.*

**Note:** This is a document with a controlled distribution. It must be checked prior to use against the official version in the MUHC's OMNI website.

Date effective: 2022-09-01

QSE chapter: 07

Code ID: POL-OPTI-PM-0001 EN

Version: 1.0

## 4.2 Mandatory information on the containers or tubes of specimens/samples

Mandatory	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Patient's first name</b></li> <li>• <b>Patient's last name (if female, maiden name)</b></li> </ul>
and ONE of the following information (Mandatory)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Medical record number</b> and room number for inpatients (if applicable)</li> <li>• <b>Health insurance number (RAMQ)</b></li> <li>• <b>In the absence of health insurance number, date of birth (DOB) and gender</b></li> </ul>
Mandatory, if applicable	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Origin of specimens/samples</b> Mandatory for pathology and microbiology. Mandatory for other laboratories, if several samples, from the same anatomical source/site, are sent to a patient (ex. LCR #1, LCR #2 etc.).</li> <li>• <b>Date and time of specimen/sample collection</b> (e.g. dynamic functional test requiring the collection of more than one specimen/sample.)</li> <li>• <b>The type of fixative:</b> Must be indicated on the container. Specimens/samples should be labeled as “fresh” or “fixed”, if they contain 10% neutral buffered formalin or other fixative. (Please note that pre-filled, pre-labeled containers of formalin are available from a number of commercial distributors). (Mandatory for pathology)</li> <li>• <b>Initials of the person who took the sample</b> (Mandatory for transfusion medicine / blood bank)</li> </ul>

## 4.3 Mandatory requirements for the specimen tubes or containers

- Suitable transport tubes or media
- Not expired
- Waterproof

## 4.4 Mandatory requirements for the transport and storage of the specimen

- Compliance with regulations on the transport of hazardous materials
- Specimen containers should be placed in plastic bags that can be sealed.
- Compliance with deadlines and transport conditions  
Example: Urine for culture in microbiology, storage of samples in the fridge.
- Use of the correct preservative/fixative, if applicable.

### Remarque :

Il s'agit d'un document à distribution contrôlée. Il doit être comparé à la version officielle dans le site web d'OMNI, du CUSM, avant d'être utilisée.

**Note:** This is a document with a controlled distribution. It must be checked prior to use against the official version in the MUHC's OMNI website.

Date effective: 2022-09-01

QSE chapter: 07

Code ID: POL-OPTI-PM-0001 EN

Version: 1.0

#### 4.5 Quality Requirements and Specimen Integrity

- Compliance with sampling conditions and adequate volume
- Proper labeling
- Non-hemolyzed specimen, non-lipemic and non-icteric, when applicable.

#### 4.6 Requirements for 24 hour urines

- Date and time of the start and end of the collection
- Total number of collection hours
- The collection time must be consistent
- Name of fixative (if applicable)

#### 4.7 Process and communication for specimen rejection

- The laboratory must document receipt of the sample in the LIS.
- The rejection of the sample is documented, in the LIS, using the non-conformity code (or message) explaining why it was rejected.
- If required, an accident/incident report (AH-223) must be completed and sent to the person responsible for quality of the laboratory concerned.

Additionally, for **non-renewable or irreplaceable specimens**:

(i.e. A specimen obtained by invasive techniques or when it cannot be taken under the same optimal conditions. The list of non-renewable or irreplaceable specimens is added in **annex 1**.)

- Every effort will be made by each of the laboratory departments and services, according to their specific defined policies, to contact the prescribing doctors in order to allow the safe analysis of these specimens.
- If it must be rejected, the prescriber will be informed by a phone call and full name of the person contacted will be documented the in the LIS

#### 4.8 Process for accepting a “non-renewable or irreplaceable” specimen which is not well identified.

Upon receipt of a non-renewable or irreplaceable sample, which does not meet the criteria set out in this policy, laboratory personnel must:

- Inform the sector responsible and ask that the person who took the sample to come and correct the error at the laboratory (i.e. Lab specimen reception)
  - For blood tests in children, it is important to make a call to the care unit in order to correct the error as soon as possible and thus prevent the child from being sampled again.
- The person making the correction and identification must sign the laboratory form for the "Acceptance and identification of specimens that are improperly identified"

Note: When the person who collected the samples cannot come to identify the specimen, a written approval from a physician or professional in the laboratory may be accepted. If they are not on site, a verbal authorization is accepted and the form must be signed, as soon as possible, by the person who authorized it verbally.

**Remarque :**

*Il s'agit d'un document à distribution contrôlée. Il doit être comparé à la version officielle dans le site web d'OMNI, du CUSM, avant d'être utilisée.*

**Note:** *This is a document with a controlled distribution. It must be checked prior to use against the official version in the MUHC's OMNI website.*

Date effective: 2022-09-01	QSE chapter: 07	Code ID: POL-OPTI-PM-0001 EN	Version: 1.0
----------------------------	-----------------	------------------------------	--------------

## 5. Roles and responsibilities

### **Medical direction (Director of the laboratory, medical biochemist or clinical biochemists):**

- ensures the application of this policy in the labs under his responsibility;
- supports staff in the application of this policy;
- determines the list of exceptional diagnostic samples;
- Approves and signs laboratory form for the "acceptance and identification specimens that are improperly identified" when the person who collected the irreplaceable sample is unable to ensure the required follow-up.

### **Direction OPTILAB Montreal-MUHC:**

- approves and communicates this policy;
- monitors compliance with this policy with managers and employees under their responsibility;
- establishes annual indicators related to compliance with this policy and making it possible to monitor trends and the annual objectives targeted by the cluster's Quality Executive Committee;
- ensures, with the cluster's quality executive committee, periodic monitoring of non-conformities related to the acceptance and rejection of samples and diagnostic analyses;
- ensures the link with the various departments of the establishments.

### **Laboratory manager**

- ensures the application of this policy in the labs under their responsibility;
- supports staff in the application of this policy;

### **Assistant to the Director for Quality, Safety and POCT and or his delegate (Quality manager):**

- provides guidelines on the implementation of this policy;
- supports managers in its application;
- acts as an advisor;
- ensures the surveillance;
- supports the hospital's departments

### **Assistant-chiefs (assistant-chiefs of operations and assistant-chiefs of quality):**

- implements this policy;
- supports staff in its application;
- ensures the follow-up of the indicators established

### **Laboratory employees and professionals**

- applies this policy;
- assists the person collecting improperly labeled samples in completing the "acceptance and identification specimens that are improperly identified" for irreplaceable samples and signs the form;
- declares non-conformities according to local procedures;
- refers to his superior, a manager or a medical professional when necessary.

**Remarque :**

*Il s'agit d'un document à distribution contrôlée. Il doit être comparé à la version officielle dans le site web d'OMNI, du CUSM, avant d'être utilisée.*

**Note:** *This is a document with a controlled distribution. It must be checked prior to use against the official version in the MUHC's OMNI website.*



Date effective: 2022-09-01	QSE chapter: 07	Code ID: POL-OPTI-PM-0001 EN	Version: 1.0
----------------------------	-----------------	------------------------------	--------------

## 6. Procedure

### 6.1 Storage of rejected samples

- The laboratory will store samples that do not meet the compliance criteria related to identification (rejection), for a period of at least 4 hours.  
Exceptions: A maximum period of 4 hours for coagulation samples, and 48 hours for complete blood counts (CBCs).
- Rejected samples will be stored under conditions that preserve their integrity and facilitate their retrieval.
- Rejected samples will be safely discarded after the established period.

## 7. References

- CAP ; Requirement numbers: COM 06000, COM 06100, COM 06200, COM 06300
- Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin, RLRX, C. M-9, r. 25.1 <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/M-9,%20r.%2025.1/>
- CMQ ; Les ordonnances individuelles faites par un médecin : 10/2016 Guide d'exercice (<http://www.cmq.org/nouvelles-pdf/n-3-2016-10-03-fr-nouveau-guide-sur-les-ordonnances-individuelles-faites-par-un-medecin.pdf?t=1546697017081> )
- CMQ ; <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2012-09-01-fr-cadre-gestion-pour-suivi-securitaire-resultats-investigation-ou-depistage.pdf>
- CMQ ; Les ordonnances collectives - guide d'exercice (mai 2017) <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2017-05-01-fr-ordonnances-collectives.pdf?t=1549133010056>
- ISO 15189:12 ; Laboratoires de biologie médicale- Exigences concernant la qualité et la compétence ; 2012 11 05 ; Geneva, Suisse; (Norme 5.4)
- OPTMQ (Ordre professionnel des technologistes médicaux du Québec) ; *Guide de gestion de la qualité dans les laboratoires de biologie médicale*, 2017. ISBN : 978-2-9816759-2-7
- OIIQ ; <https://www.oiiq.org/en/pratique-professionnelle/encadrement-de-la-pratique/outils-cliniques/ordonnances-collectives>

## 8. Related documents

- SOP Acceptance rejection of sample specimens (SOP OPTI PM 0005)
- Accident/Incident Report (AH-223)
- The LIS table of comments to document the non-conformities
- Test directories of the different laboratory sectors and sites
- Form for the "Acceptance and identification of specimens that are improperly identified" (FLT-OPTI-PM-0010)

## 9. Special considerations

For the list of irreplaceable specimens see annex 1.

### Remarque :

Il s'agit d'un document à distribution contrôlée. Il doit être comparé à la version officielle dans le site web d'OMNI, du CUSM, avant d'être utilisée.

**Note:** This is a document with a controlled distribution. It must be checked prior to use against the official version in the MUHC's OMNI website.

Date effective: 2022-09-01	QSE chapter: 07	Code ID: POL-OPTI-PM-0001 EN	Version: 1.0
----------------------------	-----------------	------------------------------	--------------

## Annex 1

### EXCEPTIONS – NON-RENEWABLE / IRREPLACEABLE SPECIMENS

In the event of non-compliance, every effort will be made to avoid refusing a specimen.

#### BIOCHEMISTRY

- Arterial gas
- Kidney stones
- Biological fluids obtained by puncture:
  - Cerebrospinal Fluid
  - Fluid: pleural, peritoneal (ascites), pericardial, articular

#### HEMATOLOGY

- Cord blood
- Bone marrow
- Biological fluids obtained by puncture:
  - Cerebrospinal Fluid
  - Fluid: pleural, peritoneal (ascites), pericardial, articular
- Flow cytometry: Peripheral blood pre-treatment

#### BLOOD BANK

Specimens received as part of the investigation of a transfusion reaction

#### Human Leucocytes Antigen (HLA)

Specimens for final crossmatch.  
Peripheral blood: Pre-transplantation and post-transplantation, from a cadaveric donor, from a donor, from a recipient aged < 3 years, from international donors and from national and international banks

#### MICROBIOLOGY

- Biological fluids obtained by puncture:
  - Cerebrospinal Fluid
  - Fluid: pleural, peritoneal (ascites), pericardial, articular, intraocular
- Blood cultures: Aerobic and anaerobic, mycobacteria and mycoses
- Bone marrow
- Specimens collected by endoscopy (cystoscopy, bronchial lavage, bronchoalveolar lavage, digestive endoscopy)
- Urinary stones (calculi)
- Urine obtained by bladder catheterization or suprapubic puncture
- Tissue biopsy
- Surgical specimens
- Puncture or drainage: deep abscess, sinus, deep sample obtained by interventional radiology
- Tympanocentesis
- Eye samples: corneal scraping
- Vascular catheters (Picc Line, Perm-Cath, arterial cannula, Port-o-cath)
- Synthetic material (prosthesis, vascular graft, ventriculoperitoneal drain, ventriculojugular drain)
- \* Culture of specimens taken prior to antibiotic initiation (Examples: urine, abscess drainage swab (not deep), ocular discharge culture.) \* Note: This is considered irreplaceable only if approved by the local microbiologist.

#### PATHOLOGY

- Non-gynecological cytology specimens
- Biopsies, anatomical and surgical specimens
- Specimens collected by endoscopy (cystoscopy, bronchoscopy, BAL, digestive endoscopy)
- Amniotic liquid
- Post-mortem samples

#### Remarque :

Il s'agit d'un document à distribution contrôlée. Il doit être comparé à la version officielle dans le site web d'OMNI, du CUSM, avant d'être utilisée.

**Note:** This is a document with a controlled distribution. It must be checked prior to use against the official version in the MUHC's OMNI website.