

1.43 - ORDONNANCE COLLECTIVE

Contrôle de qualité de l'INR effectué sur le moniteur d'anticoagulation portatif (EBMD) en effectuant un contrôle parallèle par prélèvement sanguin

I. PROFESSIONNELS VISÉS

Les infirmières et les technologistes médicaux de l'Institut de Cardiologie de Montréal (ICM)
Les infirmières œuvrant dans un des CLSC partenaires de l'ICM

II. CLIENTÈLE VISÉE

- Tous les patients qui utilisent un coagulomètre portable pour la surveillance de l'anticoagulothérapie

III. INDICATIONS

Valider le bon fonctionnement du coagulomètre

Valider la technique des utilisateurs dans le cadre du programme de certification et d'évaluation des compétences des examens de biologie médicale délocalisés (EBMD) de l'ICM.

Effectuer un contrôle de qualité fiable de l'utilisation du moniteur portatif et de la qualité des résultats obtenus par le patient pour sa sécurité (Formulaire en annexe : 38-EBMD-FOR-2564 pour les patients de la clinique de greffe).

IV. CONTRE-INDICATIONS

Ne pas faire de contrôle parallèle avec le laboratoire si l'INR est supérieur à 4,6 ou si le patient est difficile à piquer.

V. PROCÉDURE

- Prélever un échantillon sanguin dans un tube de prélèvement veineux (bouchon bleu) **dans les quelques minutes suivant** le prélèvement capillaire mesuré à l'aide du coagulomètre portatif.
- Indiquer sur l'étiquette du tube de prélèvement la provenance, le numéro d'appareil (coagulomètre portatif) et les initiales de la personne qui a effectué le prélèvement.
- Accompagner le tube de prélèvement du formulaire de « contrôle parallèle de l'INR du CoaguChek^{MD} avec le laboratoire » (Formulaire en annexe : 38-EBMD-FOR-659 pour les visites à domicile par les infirmières des CLSC partenaires).
- Acheminer le formulaire et le tube de prélèvement au laboratoire d'hématologie/coagulation de l'ICM pour analyse

Nom du formulaire : Compilation des contrôles parallèles par Coaguchek XS (Roche) pour les usagers de la clinique de Greffe	Identifiant : 38-EBMD-FOR-2564 Version : 04
Autorité responsable : Marie-Hélène Bolduc, coordonnatrice technique par intérim, Hématologie-Banque de sang	Date d'entrée en vigueur : 2019-12-03

Date : _____
 Nom de l'appareil COAG XS: **Pharm #** _____
UP : _____
 Numéro de lot de la bandelette : _____
 Date d'expiration : _____ - _____ - _____
Année Mois Jour

Coller l'étiquette INRDE

Prélèvement capillaire avec le Coaguchek XS (Roche)			
Important: NE PAS faire de contrôle parallèle avec le laboratoire si l'INR est $\geq 4,6$ ou si le patient est difficile à piquer.			
Résultat d'INR obtenu avec le CoaguChek XS: _____	Heure du dosage: _____		
L'appareil est propre et en bonne condition: <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui			
Commentaires: _____			
Nom, prénom du technologiste ou infirmière auxiliaire : _____			
Prélèvement veineux			
Le prélèvement veineux a-t-il été difficile à faire? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui			
Heure du prélèvement veineux: _____		Initiales: _____	
Laboratoire			
Heure de réception du spécimen au laboratoire: _____		Initiales: _____	
Heure du dosage: _____		Initiales: _____	
Résultat d'INR obtenu au laboratoire: _____		Numéro de requête : _____	
Évaluation du biais entre le CoaguChek XS et le laboratoire de l'ICM: _____			
<u>Interprétation du résultat de contrôle parallèle :</u>			
<input type="checkbox"/> Cote A - Acceptable :	INR < 1,9 ± 0,3 d'INR	INR 2 - 4,5 ± 18 %	INR > 4,6 N/A
<input type="checkbox"/> Cote B - À la limite acceptable :	± 0,5 d'INR	± 30 %	N/A
<input type="checkbox"/> Cote C - Hors limite :	> ± 0,51 d'INR	> ± 30,1 %	N/A
Hors limite : Vous devez cesser d'utiliser cet appareil CoaguChek XS.			
Voir la procédure 38-EBMD-PON-702 au point 10.4.4.3 pour requalifier l'appareil.			
Résultat revu par la responsable du laboratoire de Coagulation			
Signature: _____		Date: _____	
Dans le cas d'une cote C, le résultat a été téléphoné à la pharmacie (3489) _____			
le _____ à _____ H _____ par _____.			
Le numéro d'appareil de remplacement est : PHARM# _____ UP : _____			

Au besoin, communiquez au laboratoire d'hématologie-coagulation au 514 376-3330 poste 3762.

Nom du formulaire : Compilation des contrôles parallèles par CoaguChek XS (Roche)	Identifiant : 38-EBMD-FOR-659 Version : 07
Autorité responsable : Joël Lavoie, Ph.D, biochimiste clinique	Date d'entrée en vigueur : 2020-11-24

Date : _____ Nom de l'établissement : _____
 Nom de l'appareil: _____ Numéro de série (UP) : _____
 Numéro de lot de la bandelette : _____ Date d'expiration : _____
 Année Mois Jour



Veillez indiquer vos initiales et le numéro de l'appareil utilisé sur le tube de prélèvement.

Prélèvement capillaire avec le CoaguChek XS (Roche)

Important: NE PAS faire de contrôle parallèle avec le laboratoire si l'INR est $\geq 4,6$ ou si le patient est difficile à piquer.

Le prélèvement capillaire a-t-il été difficile à faire? Oui Non

Résultat d'INR obtenu avec le CoaguChek XS _____	Heure du dosage : _____
Nom de l'infirmière (lisible) : _____	Signature: _____
Numéro de téléphone : _____	Commentaires: _____
Poste : _____	

Prélèvement veineux

Le prélèvement capillaire a-t-il été difficile à faire? Oui Non

Heure du prélèvement veineux: _____ Initiales: _____

Section pour le laboratoire

Heure de réception du spécimen au laboratoire: _____ Heure du dosage au laboratoire : _____
 Résultat d'INR obtenu au laboratoire: _____ Évaluation du biais entre CoaguChek et Labo: _____

Interprétation du résultat de contrôle parallèle				
		INR < 1,9	INR 2 - 4,5	INR > 4,6
<input type="checkbox"/> Cote A	Acceptable :	$\pm 0,3$ d'INR	$\pm 18 \%$	S/O
<input type="checkbox"/> Cote B	À la limite acceptable :	$\pm 0,5$ d'INR	$\pm 30 \%$	S/O
<input type="checkbox"/> Cote C	Hors limite :	$> \pm 0,51$ d'INR	$> \pm 30,1 \%$	S/O

Si hors limite : Vous devez cesser d'utiliser cet appareil CoaguChek XS.
 Voir la procédure 38-EBMD-PON-702 au point 10.4.4.3 pour requalifier l'appareil.

Dans le cas d'une cote C, le résultat a été téléphoné à _____ Date et Heure : _____ par _____

Section pour l'assistante-chef qualité et EBMD

Résultat revu par la responsable Qualité et EBMD de l'ICM: _____ Date: _____
 Résultat retourné par courriel au CLSC le : _____
 No non-conformité (Cote C) : _____

Pour information: Isabelle Plamondon, assistante-chef Qualité et EBMD :

✉ isabelle.plamondon@icm-mhi.org

☎ 514 376-3330 poste 3871