

# FICHE DE PROCÉDURE D'ASSURANCE QUALITÉ

## POUR LA RÉALISATION DU TEST D'ORIENTATION DIAGNOSTIQUE

Nom de la structure d'exercice : .....

Noms du ou des professionnels de santé concernés : .....

### Cette procédure vise à décrire ce qui est mis en place pour la réalisation d'un test d'orientation diagnostique :

- Description de la réalisation pratique du test :  
*Test réalisé à l'officine dans l'espace de confidentialité selon le protocole d'assurance qualité recommandé par l'URPS Pharmaciens Ile-de-France*
- Le test utilisé est le test (marque, référence) :  
.....
- Le test se réalise au moyen d'un prélèvement pharyngé.
- La notice du fabricant est annexée à cette présente fiche.
- Le ou les pharmaciens ont pris connaissance de la notice avant l'utilisation du test.
- Le ou les pharmaciens ont effectué la formation adaptée pour l'utilisation du test.
- Le test et les consommables utilisés sont éliminés dans la filière des DASRI.
- Le ou les pharmaciens s'engage dans cette fiche à bien informer le patient que le résultat ne constitue qu'une orientation diagnostique.

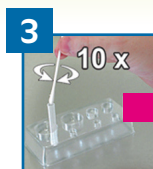
### Ce test de diagnostic rapide doit être réalisé dans la même approche que les bonnes pratiques de laboratoire :

- Port d'une blouse avec un badge indiquant la fonction de la personne réalisant le test
- Cheveux attachés si cheveux longs
- Lavage des mains ou application d'une solution antiseptique
- Port de gants
- Port d'un masque
- Champs de travail à préparer à l'avance (dispositif lumineux, réactifs, tube d'extraction, écouvillon, bandelette)
- Remplissage de la **FICHE PATIENT**

## MÉTHODE



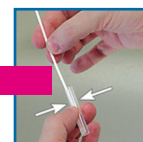
1 Prélèvement à l'aide d'un écouvillon.



3 Introduire l'écouvillon dans le tube d'extraction.  
Réaliser une dizaine de rotations.



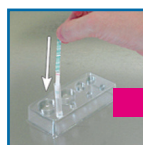
ATTENDRE 1 MINUTE



Exprimer l'écouvillon en pressant les parois du tube.



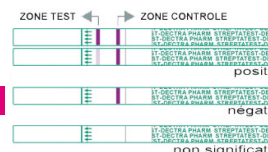
2 Déposer 4 gouttes de réactif A puis 4 gouttes de réactif B dans le tube d'extraction.



Immerger la bandelette.  
Lire le résultat au bout de 5 minutes.



ATTENDRE 5 MINUTES



Nom, prénom et signature (rédacteur et pharmaciens réalisant les tests) : .....

Date de validation de la procédure : ..... /..... /.....