

Fiche de procédure d'Assurance Qualité

pour la réalisation

d'un test capillaire d'évaluation de la glycémie

Dépistage du au

Nom de la pharmacie :

Nom(s) du (des) pharmacien(s) réalisant les tests :

- - -
- - -

Formation accomplie pour la réalisation du test capillaire :

.....
- Je reconnais avoir pris connaissance de la notice de l'appareil de mesure utilisé pour la réalisation du test capillaire sanguin. Cette notice est agrafée à la présente fiche.

- Je m'engage à transmettre un document écrit à la personne ayant bénéficié du test, reprenant l'ensemble des résultats du test. Je m'engage à l'informer de l'orientation diagnostique du test réalisé et donc de la nécessité éventuelle d'une consultation médicale, en cas de résultats en-dehors de la norme de l'OMS.

Date :

Signature (s) du (des) pharmacien(s) :

┌ Cachet de la pharmacie : ┐

└ ───────────────────────────┘

Cette procédure vise à décrire l'ensemble des éléments mis en œuvre pour la bonne réalisation de tests capillaires d'évaluation de la glycémie, dans le cadre d'une campagne de dépistage du diabète.

Les tests sont réalisés à l'officine, dans un espace de confidentialité selon le protocole recommandé par l'Ordre des Pharmaciens.

Ces tests sont effectués dans des conditions respectant les Bonnes Pratiques de laboratoire comme suit :

- Port d'une blouse avec un badge indiquant la fonction de la personne réalisant le test
- Cheveux longs attachés
- Lavage des mains de la personne réalisant le test. Le gel hydro-alcoolique est possible
- Port de gants pour réaliser le test
- Lavage des mains de la personne testée
- Champ de travail préparé à l'avance avec le lecteur pour mesure partagée, bandelettes, lancette, collecteur DASRI (bouteille en plastique ou collecteur agréé)
- Remplissage de la fiche patient

Fiche de procédure d'Assurance Qualité

Contrôle du lecteur de glycémie

Marquage CE :

- Marque :
- Référence :
- Lot :

CONTRÔLE DU LECTEUR DE GLYCÉMIE					
Date du contrôle	Personne réalisant le contrôle	Date d'ouverture de la solution de contrôle	Date de péremption de la solution de contrôle	Résultat	Signature

┌ Cachet de la pharmacie : ┐

└

└