



# INSCRIPTION

## PRESTATAIRES DE SOINS DE BASE

Ce formulaire d'inscription s'adresse principalement aux laboratoires des médecins de premier recours, aux officines de pharmacies, aux centres de soins et concerne les analyses de soins de base. Il contient les analyses rapides et les analyses complémentaires de la liste des analyses (LA). Nous recommandons aux médecins avec des titres postgrades de se référer également à notre document « Inscription » sur notre site Internet.

### Conditions de participation

Toute personne impliquée dans un laboratoire d'analyses médicales ou dans une autre structure médicale ou paramédicale peut devenir membre du CSCQ. Chaque membre est libre de choisir la fréquence et les analyses qu'il souhaite soumettre au Contrôle de Qualité Externe (CQE) dans les limites des obligations légales. Le CSCQ tient régulièrement au courant chaque membre de l'évolution des exigences, ainsi que des changements de la législation dans ce domaine.

### Inscription

L'inscription est effective dès que le CSCQ a reçu la demande de participation par e-mail ou par courrier. Elle est validée par l'envoi d'une confirmation détaillant la souscription et d'un manuel et renouvelée tacitement d'année en année.

Les cotisations et les prix pour les programmes sont indiqués à l'annexe « liste de prix ». La facture comporte tous les programmes d'enquêtes pour lesquels le membre s'est annoncé. La facturation se fait pour l'année entière. Toutefois, une adhésion peut aussi être conclue en cours d'année. Elle dure alors jusqu'à la fin de l'exercice en cours et la facture est établie au prorata de la durée. Les avoirs éventuels sont mis en déduction de la facture suivante.

### Résiliation

Le membre peut résilier son inscription pour l'exercice suivant par lettre recommandée ou par e-mail, au plus tard le 31 août de l'année en cours.

### Règlement

L'anonymat complet est garanti par le CSCQ à ses membres, que ce soit pour leurs résultats individuels ou de groupe. Il s'engage à ne divulguer aucune information, ni sur leur participation, ni sur leur performance. Mais, sur mandat de la QUALAB, la vérification de la participation à l'évaluation externe de la qualité peut être faite directement auprès du CSCQ par les sociétés corporatives compétentes (FMH, FAMH, H+, pharmaSuisse).

La QUALAB est l'association suisse pour le développement de la qualité dans les laboratoires médicaux qui décide des exigences de qualité pour les laboratoires d'analyses médicales en Suisse. Sur décision de la QUALAB, le CSCQ a dû introduire dans ses statuts l'article suivant :

***En cas de détournement évident des contrôles de qualité, la Direction a l'obligation d'en avvertir les autorités chargées de son respect (QUALAB) ainsi que les organisations corporatives concernées (FMH pour les cabinets médicaux, H+ pour les Hôpitaux, FAMH pour les laboratoires privés, pharmaSuisse pour les pharmaciens).***

Les sociétés corporatives et scientifiques (FAMH, SSCC, SSH, SSM, SSAI, SSGM) ont nommé des représentants qui forment le Comité du CSCQ, comme détaillé dans le document « Membres du Comité ». Ces représentants sont consultés dans le choix des programmes proposés dans leur domaine.

Le déroulement et l'évaluation des enquêtes sont décrits dans le manuel. Celui-ci contient toutes les instructions pour la réalisation des analyses de CQE. Sans autorisation écrite du CSCQ, les membres ne sont pas autorisés à divulguer ou à publier les résultats d'ensemble du CSCQ (statistiques, graphiques). Tous les documents émis par le CSCQ sont rédigés en français, en allemand et, pour la plupart, en italien. Certains documents sont également disponibles en anglais.

**Si plusieurs prestataires travaillent dans le même cabinet, vous devez indiquer tous les noms, les n° RCC et les codes GLN**

• Nom / prénom : .....  
 Numéro RCC : ..... Code GLN : .....

• Nom / prénom : .....  
 Numéro RCC : ..... Code GLN : .....

• Nom / prénom : .....  
 Numéro RCC : ..... Code GLN : .....

Adresse : .....

Tél. : ..... E-mail : .....

Cabinet       Pharmacie       Centre de soins       Autre : .....

Adresse de facturation (si différente) : .....

Langue :       Français       Autre (D, I, GB) : .....

Date de début de l'abonnement : .....

Date : ..... Signature : .....

♦ L'inscription est confirmée par l'attribution d'un numéro de participant et l'envoi d'un manuel. Elle est effective dès que le CSCQ a reçu la demande de participation.

\* Analyses obligatoirement soumises au CQE (selon la QUALAB)

→ Cochez les analyses que vous souhaitez soumettre au CQE, indiquez les fabricants, les appareils et, le cas échéant, le réactif utilisé. La fréquence minimale est de 4 enquêtes annuelles. Une fréquence autre doit être signalée.

**Chimie clinique**

Programme	Nombre d'enquêtes	Appareil/fabricant	Paramètres
Chimie clinique	<input type="checkbox"/> 4 fois par année <input type="checkbox"/> 6 fois par année <input type="checkbox"/> 12 fois par année	..... .....	<input type="checkbox"/> * ALAT (GPT) <input type="checkbox"/> * Bilirubine totale <input type="checkbox"/> * Glucose <input type="checkbox"/> * Triglycérides <input type="checkbox"/> * Albumine <input type="checkbox"/> * Cholestérol total <input type="checkbox"/> * $\gamma$ -Glutamyltransférase <input type="checkbox"/> * Urates (acide urique) <input type="checkbox"/> * Amylase pancréatique <input type="checkbox"/> * Cholestérol HDL <input type="checkbox"/> * Phosphatase alcaline <input type="checkbox"/> * Urée <input type="checkbox"/> * Amylase totale <input type="checkbox"/> * CK totale <input type="checkbox"/> * Potassium <input type="checkbox"/> Autre : ..... <input type="checkbox"/> * ASAT (GOT) <input type="checkbox"/> * Créatinine <input type="checkbox"/> * Protéines totales <input type="checkbox"/> Autre : .....
Protéine C réactive	<input type="checkbox"/> 4 fois par année <input type="checkbox"/> 6 fois par année <input type="checkbox"/> 12 fois par année	..... .....	<input type="checkbox"/> * CRP
Hémoglobine glyquée	<input type="checkbox"/> 4 fois par année <input type="checkbox"/> 6 fois par année	..... .....	<input type="checkbox"/> * Hémoglobine glyquée <input type="checkbox"/> unité % <input type="checkbox"/> unité mmol / mol

## Gazométrie

Programme	Nombre d'enquêtes	Appareil/fabricant	Paramètres
Gaz sanguins	<input type="checkbox"/> 4 fois par année <input type="checkbox"/> 6 fois par année	..... .....	<input type="checkbox"/> Bicarbonate <input type="checkbox"/> Calcium ionisé <input type="checkbox"/> * Créatinine <input type="checkbox"/> * Glucose <input type="checkbox"/> * Potassium <input type="checkbox"/> * Urée <input type="checkbox"/> * pCO <sub>2</sub> <input type="checkbox"/> * pH sanguin <input type="checkbox"/> * pO <sub>2</sub> <input type="checkbox"/> Autre : .....
CO-oxymétrie	<input type="checkbox"/> 4 fois par année <input type="checkbox"/> 6 fois par année	..... .....	<input type="checkbox"/> * Hémoglobine totale <input type="checkbox"/> * Hématocrite <input type="checkbox"/> Carboxyhémoglobine <input type="checkbox"/> Methémoglobine <input type="checkbox"/> Oxyhémoglobine <input type="checkbox"/> Autre : .....
Bilirubine	<input type="checkbox"/> 4 fois par année <input type="checkbox"/> 6 fois par année	..... .....	<input type="checkbox"/> * Bilirubine totale

## Chimie spéciale

Programme	Nombre d'enquêtes	Appareil/fabricant	Paramètres
Sang occulte	<input type="checkbox"/> 4 fois par année	..... .....	<input type="checkbox"/> Sang occulte (selles)

## Immunologie

Programme	Nombre d'enquêtes	Appareil/fabricant	Paramètres
IgE totales et IgE spécifiques d'allergènes	<input type="checkbox"/> 4 fois par année	..... .....	<input type="checkbox"/> * IgE multispécifique <input type="checkbox"/> * IgE totales qn <input type="checkbox"/> * IgE spéc. Arachides <input type="checkbox"/> * IgE spéc. Bouleau <input type="checkbox"/> * IgE spéc. Epithélium du chat <input type="checkbox"/> IgE spéc. Dermato. farinae <input type="checkbox"/> IgE spéc. Blanc d'oeuf <input type="checkbox"/> IgE spéc. Lait de vache <input type="checkbox"/> IgE spéc. Noisette <input type="checkbox"/> IgE spéc. Chiendent digité <input type="checkbox"/> IgE spéc. Fétuque des prés <input type="checkbox"/> IgE spéc. Fléole des prés <input type="checkbox"/> IgE spéc. Guêpe commune <input type="checkbox"/> IgE spéc. Aulne <input type="checkbox"/> IgE spéc. Abeille <input type="checkbox"/> IgE spéc. Asperg. fumigatus <input type="checkbox"/> IgE spéc. Altern. alternata <input type="checkbox"/> IgE spéc. Olivier <input type="checkbox"/> IgE spéc. Armoise commune <input type="checkbox"/> IgE spéc. Squames de chien

## Marqueurs cardiaques

Programme	Nombre d'enquêtes	Appareil/fabricant	Paramètres
Marqueurs cardiaques	<input type="checkbox"/> 4 fois par année <input type="checkbox"/> 6 fois par année	..... .....	<input type="checkbox"/> * BNP 32 <input type="checkbox"/> * NT-proBNP <input type="checkbox"/> * Troponine I <input type="checkbox"/> * Troponine T

## Urines

Programme	Nombre d'enquêtes	Appareil/fabricant	Paramètres
Bandelettes urinaires et test de grossesse	<input type="checkbox"/> 4 fois par année	..... .....	<input type="checkbox"/> * Albumine <input type="checkbox"/> Alb. / Créat. (ACR) <input type="checkbox"/> * Bilirubine <input type="checkbox"/> * Cétones <input type="checkbox"/> * Créatinine <input type="checkbox"/> * Densité relative <input type="checkbox"/> * Glucose <input type="checkbox"/> * Leucocytes <input type="checkbox"/> * Nitrites <input type="checkbox"/> * pH <input type="checkbox"/> * Protéines <input type="checkbox"/> * Sang dans l'urine <input type="checkbox"/> * Urobilinogène <input type="checkbox"/> * βHCG, Test de grossesse, ql <input type="checkbox"/> Leucocytes (microscope) <input type="checkbox"/> Erythrocytes (microscope) <input type="checkbox"/> Leucocytes (automate) <input type="checkbox"/> Erythrocytes (automate)

## Toxicologie

Programme	Nombre d'enquêtes	Appareil/fabricant	Paramètres
Drogues d'abus	<input type="checkbox"/> 4 fois par année	..... .....	<input type="checkbox"/> * Amphétamines tot. <input type="checkbox"/> * Barbituriques <input type="checkbox"/> * Benzodiazépines <input type="checkbox"/> * Cocaïne <input type="checkbox"/> * Méthadone <input type="checkbox"/> * Opiacés (Morphine) <input type="checkbox"/> * THC (Cannabis)

## Hématologie

Programme	Nombre d'enquêtes	Appareil/fabricant	Paramètres
Hématologie conventionnelle	<input type="checkbox"/> 4 fois par année <input type="checkbox"/> 6 fois par année <input type="checkbox"/> 12 fois par année	..... .....	<input type="checkbox"/> * Hémoglobine totale <input type="checkbox"/> * Érythrocytes, numération <input type="checkbox"/> MCH <input type="checkbox"/> * Hématocrite <input type="checkbox"/> * Leucocytes, numération <input type="checkbox"/> MCHC <input type="checkbox"/> * Thrombocytes, numération <input type="checkbox"/> MCV
Répartition leucocytaire avec automates	<input type="checkbox"/> 4 fois par année	..... .....	<input type="checkbox"/> 3 parts <input type="checkbox"/> 5 parts
Hématologie différentielle	<input type="checkbox"/> 4 fois par année	<input type="checkbox"/> * Répartition des principales cellules en hématologie courante	
Vitesse de sédimentation	<input type="checkbox"/> 4 fois par année	..... .....	<input type="checkbox"/> Vitesse de sédimentation à 1 heure <input type="checkbox"/> Vitesse de sédimentation à 2 heures

## Hémostase

Programme	Nombre d'enquêtes	Appareil/fabricant	Paramètres
Hémostase conventionnelle	<input type="checkbox"/> 4 fois par année <input type="checkbox"/> 6 fois par année	..... .....	<input type="checkbox"/> * Temps de thromboplastine, INR                      Réactif/fabricant : ..... <input type="checkbox"/> * Temps de thromboplastine, %                      Réactif/fabricant : .....
D-dimères	<input type="checkbox"/> 4 fois par année <input type="checkbox"/> 6 fois par année	..... .....	<input type="checkbox"/> * D-dimères

## Microbiologie

Programme	Nombre d'enquêtes	Paramètres
Coloration de Gram	<input type="checkbox"/> 4 fois par année	<input type="checkbox"/> Gram    Réactif/fabricant : .....
Hématologie parasitaire	<input type="checkbox"/> 4 fois par année	<input type="checkbox"/> * Hématologie parasitaire                      Réactif/fabricant : .....
HIV 1/2 test rapide	<input type="checkbox"/> 4 fois par année	<input type="checkbox"/> * HIV 1/2, test rapide                      Réactif/fabricant : .....
Streptococcus A, test rapide	<input type="checkbox"/> 4 fois par année	<input type="checkbox"/> * Streptococcus A                      Réactif/fabricant : .....
Urine slide (Uricult)	<input type="checkbox"/> 4 fois par année	<input type="checkbox"/> * Urine slide    Réactif/fabricant : .....

## Divers

Programme	Nombre d'enquêtes	Paramètres
Stérilisation : Spores	<input type="checkbox"/> 4 fois par année <input type="checkbox"/> 6 fois par année <input type="checkbox"/> 12 fois par année	<input type="checkbox"/> 121 °C <input type="checkbox"/> 134 °C    Appareil/fabricant : .....
Stérilisation : Cycle Prions	<input type="checkbox"/> 4 fois par année <input type="checkbox"/> 6 fois par année <input type="checkbox"/> 12 fois par année	<input type="checkbox"/> Stérilisation : Cycle Prions (18 min à 134 °C)                      Appareil/fabricant : .....
Pré- et post-analytiques	<input type="checkbox"/> 2 fois par année	<input type="checkbox"/> Pré- et post-analytiques (participation gratuite)