

REFERENCE				
Processus	Secteur(s)	Site	Type de document	Numéro
MAN	TOUS	M	QU	009

PAGE
1 sur 12

Version n°	TITRE	MANUEL QUALITE DU LABORATOIRE		
5	Rédigée par	C PROBY	Date diffusion	12/02/2018
	Vérifiée par	M DJEMAI, ML LAROSE , C VAIZAN	Date application	12/02/2018
	Approuvée par	JL JACOB	Date archivage	/

Sommaire

1	Objet	1
2	Domaine d'application	1
3	Documents de références et documents associés	1
	3.1 Documents de référence	1
	3.2 Principaux documents associés	2
4	Définitions et/ou abréviations	2
5	Contexte normatif : norme NF EN ISO 15189 v 2012	2
6	Politique et objectifs qualité - Engagement de la direction	2
7	Présentation du Laboratoire - Historique - Structure de Direction et position dans l'organisation mère .	3
	7.1 Historique	3
	7.2 Contexte actuel évolutif : réorganisation de la biologie de territoire.....	5
	7.3 Structure juridique actuelle	5
	7.4 Activité du Laboratoire	5
8	Rôles et responsabilités de la Direction du Laboratoire	6
9	Système de Management de la Qualité	6
	9.1 Processus	6
	9.2 Secteurs	10
10	Caractéristiques du document	12
	10.1 Diffusion	12
	10.2 Historique	12

1 OBJET

Manuel Qualité du Laboratoire


2 DOMAINE D'APPLICATION

Ce document s'applique à l'ensemble du personnel du Laboratoire.

3 DOCUMENTS DE REFERENCES ET DOCUMENTS ASSOCIES

3.1 Documents de référence

- Norme NF EN ISO 15189 - v 2012 : Laboratoires de biologie médicale. Exigences concernant la qualité et la compétence. § 4.2.2.2
- Norme NF EN ISO 22870 - v 2017 : Examens de biologie médicale délocalisée (EBMD). Exigences concernant la qualité et la compétence.
- SH REF 02 - rev 05 : Recueil des exigences spécifiques pour l'accréditation des laboratoires de biologie médicale selon la norme NF EN ISO 15189 : 2012.
- SH REF 08 - rev 05 : Expression et évaluation des portées d'accréditation.
- SH REF 05 - rev 10 : Règlement d'accréditation.

	REFERENCE					VERSION	PAGE
	Processus	Secteur(s)	Site	Type de document	Numéro	5	2 sur 12
	MAN	TOUS	M	QU	009		

3.2 Principaux documents associés

MAN TOUS M QU 001 : Cartographie des processus du Laboratoire

Fiches d'identité des différents processus

MAN TOUS M QU 002 : Organigramme fonctionnel et nominatif processus

MAN TOUS M QU 003 : Organigramme fonctionnel et nominatif secteurs

MAN TOUS M QU 019 : Liens hiérarchiques et fonctionnels au sein de l'établissement, du GHT et de la CHT

MAN TOUS M QU 010 : Politique et objectifs qualité. Engagement de la direction

4 DEFINITIONS ET/OU ABREVIATIONS

AQ : Animateur Qualité

ARS : Agence Régionale de Santé

CHM : Centre Hospitalier de Montceau les Mines

CHT : Communauté Hospitalière de Territoire

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

FHD : Fondation Hôtel Dieu

GCS : Groupement de coopération sanitaire

MQ : Manuel Qualité

PRS : Projet Régional de Santé

RQ : Responsable Qualité

SIH : Syndicat InterHospitalier

5 CONTEXTE NORMATIF : NORME NF EN ISO 15189 v 2012

La norme NF EN ISO 15189 v 2012 précise au paragraphe 4.2.2.2 Manuel Qualité :

« Le laboratoire doit établir et tenir à jour un manuel qualité qui comprend


- a) La politique qualité (4.1.2.3) ou des références à celle-ci,
- b) Une description de l'étendue du système de management de la qualité,
- c) Une présentation de l'organisation et de la structure de direction du laboratoire et sa position dans l'organisation mère,
- d) Une description des rôles et responsabilités de la direction du laboratoire (y compris le directeur du laboratoire et le directeur de la qualité) pour garantir la conformité avec la présente Norme Internationale,
- e) Une description de la structure et des relations de la documentation utilisée dans le système de management de la qualité, et
- f) Les politiques documentées établies pour le système de management de la qualité et une référence aux activités managériales et techniques sur lesquelles elles reposent.

Tout le personnel du laboratoire doit avoir accès à et être informé quant à l'utilisation et l'application du manuel qualité et des documents référencés. »

6 POLITIQUE ET OBJECTIFS QUALITE - ENGAGEMENT DE LA DIRECTION

La politique qualité du Laboratoire est décrite dans le document **MAN TOUS M QU 010 Politique et objectifs qualité. Engagement de la direction.**

Ce document définit les objectifs et priorités du Laboratoire. Il est revu *a minima* annuellement, et plus souvent si nécessaire, à l'appréciation de la direction.

	REFERENCE					VERSION	PAGE
	Processus	Secteur(s)	Site	Type de document	Numéro	5	3 sur 12
	MAN	TOUS	M	QU	009		

7 PRESENTATION DU LABORATOIRE - HISTORIQUE - STRUCTURE DE DIRECTION ET POSITION DANS L'ORGANISATION MERE

7.1 Historique

- **Années 1970** : Création du Laboratoire sur le site du CH de Montceau (en tant que service au sein de cet Etablissement public) dans les années 1970

- **Avril 2011** : **Coopération** du Laboratoire du CH de Montceau avec le Laboratoire de la Fondation Hôtel Dieu du Creusot (créé en 2009) dans le cadre d'un Groupement de coopération sanitaire, existant depuis juin 2009 entre le Syndicat InterHospitalier Centre Hospitalier de Montceau les Mines et la Fondation Hôtel Dieu du Creusot. Cette dernière est un établissement de statut PSPH : établissement privé participant au service public hospitalier, réparti sur deux sites de la ville du Creusot (site Foch, où est situé le Laboratoire, et site Harfleur)

- **Avril 2012** : Suite à la fin du GCS entre les deux hôpitaux quelques mois après sa signature, modification du cadre juridique avec évolution vers un Laboratoire **multisite** (Laboratoire multisite du CH de Montceau), grâce à la signature d'une convention le **22 avril 2012** entre le Centre Hospitalier de Montceau-les-Mines (CHM) et la Fondation Hôtel Dieu du Creusot (FHD).

- **Septembre 2014** : Accréditation du laboratoire sous le numéro **8-3611**. Le champ précis de cette accréditation est disponible sur le site du Cofrac.

- **Février 2015** : Création de la **Communauté Hospitalière de Territoire (CHT) Saône et Loire Nord Morvan**, avec signature d'une convention le **10 février 2015** entre le SIH Centre Hospitalier Montceau les Mines, le Centre Hospitalier d'Autun et le Centre Hospitalier Chalon sur Saône William Morey, avec un directeur commun, et des directeurs délégués sur chaque site.

- **Décembre 2015** : Reprise de l'Hôtel Dieu du Creusot par le groupe national **SOS Santé** suite au dépôt de bilan de la FHD.

- **Septembre 2016** : Du fait de l'article 107 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 remplaçant les CHT par les GHT, création du **Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) Saône et Loire Bresse Morvan**, avec la signature d'une convention constitutive le **22 septembre 2016** entre les huit Centres Hospitaliers parties au groupement : le CH d'Autun, le CH de Chagny, le CH de Chalon (CH William Morey, désigné comme **établissement support** du GHT), le CH de la Guiche-Mont Saint Vincent, le CH de Louhans, le CH de Montceau, le CHS de Sevrey et le CH de Toulon sur Arroux.

- **1^{er} novembre 2016** : Fin du laboratoire multisite par rupture de la convention signée en avril 2012 entre la FHD et le CHM (le site du Creusot est vendu par le groupe SOS Santé à la SELAS ACM Bio -Unilabs). Le Laboratoire redevient un laboratoire **monosite** (Montceau).

- **1^{er} décembre 2016** : Intensification des échanges avec le laboratoire du CH de Chalon sur Saône, dans le cadre du GHT Saône et Loire Bresse Morvan. Les examens « spécialisés » de biochimie-immunologie-sérologie et d'hémostase (jusqu'à-là réalisés par le laboratoire du CH de Montceau ou sous-traités au laboratoire Biomnis) sont désormais prioritairement sous-traités au laboratoire du CH de Chalon.

- **Décembre 2017** : Décision des établissements d'Autun, Chagny, Chalon sur Saône, La Guiche-Mont-St-Vincent, Montceau et des EHPAD de s'organiser en **Communauté Hospitalière Saône et Loire Nord Morvan**, avec une **Direction Commune** pour maintenir les acquis et évolutions générés par l'ex CHT. Une convention de Direction Commune entre l'ensemble de ces établissements est signée le **6 décembre 2017**.

La [Figure 1](#) ci-après représente schématiquement les principales interactions du laboratoire, au sein du CHM, du GHT et de la CHT.


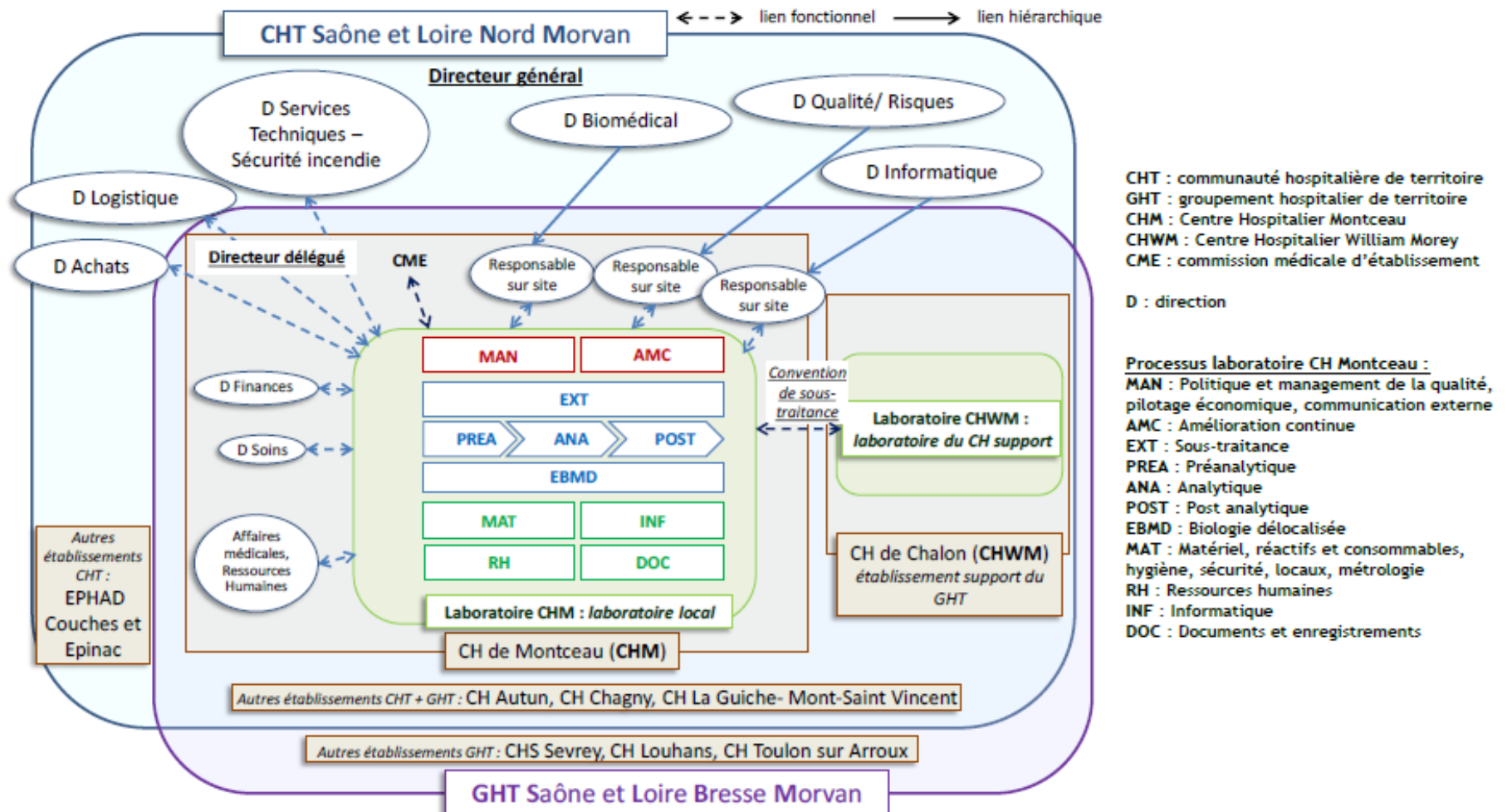

	REFERENCE					VERSION	PAGE
	Processus	Secteur(s)	Site	Type de document	Numéro	5	4 sur 12
	MAN	TOUS	M	QU	009		

Figure 1 : Principales interactions au sein de l'établissement, du GHT et de la CHT (extrait du document MAN TOUS M QU 019 v2)



	REFERENCE					VERSION	PAGE
	Processus	Secteur(s)	Site	Type de document	Numéro	5	5 sur 12
	MAN	TOUS	M	QU	009		

7.2 Contexte actuel évolutif : réorganisation de la biologie de territoire

La convention constitutive du GHT précise notamment (article 18) : « conformément à l'article L.6132-3-III du CSP, les établissements parties organisent en commun (...) les activités de biologie médicale »

Dans ce contexte, un **projet de biologie de territoire** est en cours d'élaboration et de mise en place, avec notamment une **nouvelle répartition des examens du laboratoire de Montceau** :

- réalisation par le laboratoire « local » de Montceau des examens urgents et « de routine » (« J0 »)
- et réalisation par le laboratoire de Chalon, laboratoire de l'établissement « support » du GHT, des examens plus spécialisés (« J1 »).

Cette nouvelle répartition est effective pour les examens « spécialisés » de biochimie et hémostase depuis le 1^{er} décembre 2016. Le transfert des examens non urgents de bactériologie est prévu au cours des prochains mois.

Le **cadre juridique futur** de cette collaboration n'est pas encore clairement déterminé. La création d'un pôle inter-établissements de biologie est envisagée et les laboratoires du CH de Chalon et du CH de Montceau travaillent depuis quelques mois à l'élaboration d'un système qualité unique, avec cartographie des processus commune, en vue à terme d'une accréditation unique.

Les deux laboratoires du GHT s'appuient sur les fonctions transversales de la CHT (achat, logistique, informatique, biomédical, qualité/ risques, services techniques sécurité incendie).

7.3 Structure juridique actuelle

7.3.1 Références juridiques du CH Montceau

Statut : Public

Catégorie : Hôpital Général

N° FINESS de l'établissement : 710976705

7.3.2 Pôle Médico-technique

Au sein du CH de Montceau, le Laboratoire fait actuellement partie d'un Pôle médico-technique avec la Pharmacie-Stérilisation, l'Imagerie Médicale, les Urgences et l'Unité de Soins Continus.

7.3.3 Adresse du laboratoire

Centre Hospitalier Jean Bouveri

Service de Biologie

BP 89 / 71307 Montceau les Mines Cedex

Tel : 03 85 67 60 08 / Fax : 03 85 67 60 12

7.4 Activité du Laboratoire


Le Laboratoire fonctionne 24h/24 et 7j/7 pour réaliser les examens de biologie :

- des patients hospitalisés au CH de Montceau les Mines (activité majoritaire), dont patients des EHPAD de Montceau, Blanzay, Saint-Vallier et Sanvignes,
- des patients du centre gériatrique de la Guiche et du Mont Saint Vincent,
- et des patients des services d'Hospitalisation à Domicile (HAD et HAD Gynécologie).

Le Laboratoire accueille dans ses horaires d'ouverture des patients externes.

Les horaires d'ouverture au public sont les suivants :

- du lundi au vendredi : de 8h à 17h30
- le samedi matin : de 8h à 12h

	REFERENCE					VERSION	PAGE
	Processus	Secteur(s)	Site	Type de document	Numéro	5	6 sur 12
	MAN	TOUS	M	QU	009		

L'activité actuelle comprend des examens de biologie médicale « courants » dans les secteurs : biochimie générale et immuno-analyse, hématologie, hémostase, immuno-hématologie et microbiologie.

Aux côtés de l'entité Laboratoire, le personnel (biologistes et techniciens) assure une activité de Dépôt de délivrance de Produits Sanguins Labiles.

8 ROLES ET RESPONSABILITES DE LA DIRECTION DU LABORATOIRE

Le management du laboratoire est assuré conjointement par les pilotes des deux processus stratégiques définis au Laboratoire (cf § 9.1 : Processus)

- le Chef de service, pilote du processus MAN (Politique et management de la qualité, pilotage économique, communication externe)
- et le Responsable Qualité, pilote du processus AMC (Amélioration continue).

Les responsabilités de la Direction du Laboratoire sont décrites dans la procédure **MAN TOUS M PR 007 Responsabilité de la direction, politique qualité. Gestion des objectifs qualité, des indicateurs et cibles.**

Les responsabilités spécifiques du Responsable Qualité sont décrites dans la fiche d'identité du processus AMC. Ce dernier est assisté par un technicien Animateur Qualité, dont les responsabilités sont également décrites dans cette fiche d'identité.

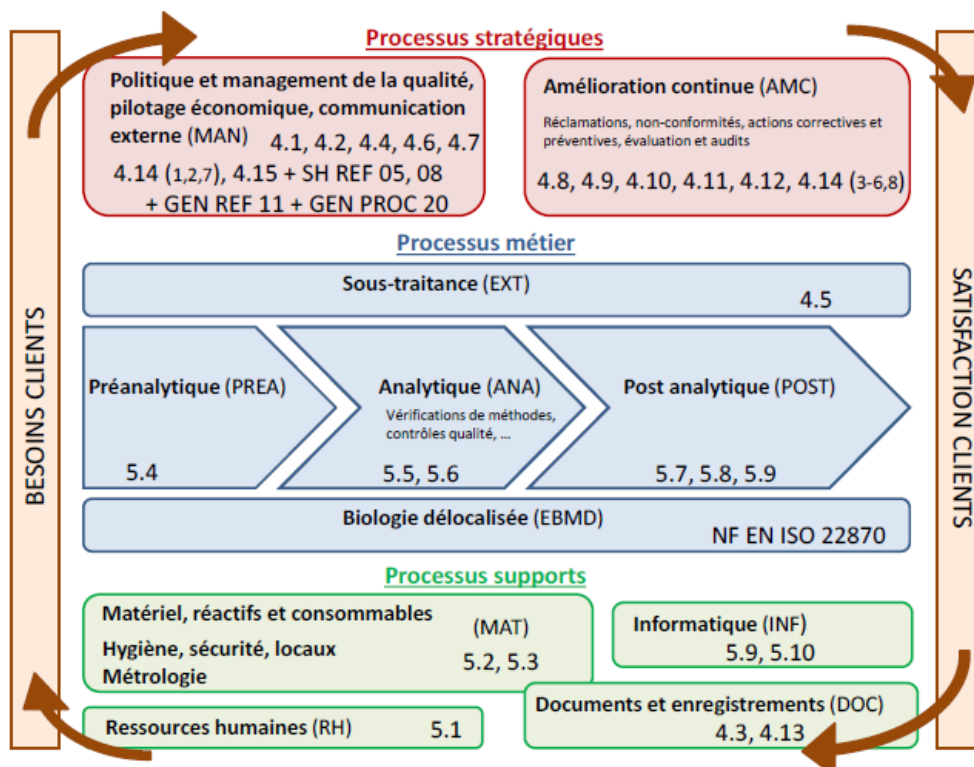
9 SYSTEME DE MANAGEMENT DE LA QUALITE


9.1 Processus

Le **système de management de la qualité**, intègre, depuis une refonte à l'été 2015, **onze processus**, afin de répondre à sa politique et à ses objectifs qualité, ainsi qu'aux besoins et exigences des utilisateurs.

Ces processus sont présentés sur le document **MAN TOUS M QU 001 : Cartographie des processus du Laboratoire.** (cf [Figure 2](#) ci-dessous).

Figure 2 : Cartographie des processus du Laboratoire, extrait du document MAN TOUS M QU 001 v4



	REFERENCE					VERSION	PAGE
	Processus	Secteur(s)	Site	Type de document	Numéro	5	7 sur 12
	MAN	TOUS	M	QU	009		

Chaque processus est décrit dans une **fiche d'identité**, qui reprend les éléments suivants :

- Principaux chapitres de la norme NF EN ISO 15189 v2012 encadrant le processus
- Organisation/ responsabilités [management, main d'œuvre]
- Documents principaux du processus [méthode]
- Outils/ support [matériel]
- Interactions principales [milieu], au sein du laboratoire et avec l'environnement du laboratoire
- Finalité, déroulement

Chaque processus est animé par un pilote, biologiste, assisté par un copilote, biologiste également, qui assure la suppléance en cas d'absence prolongée. Pour certains processus, le pilote s'appuie sur le cadre de santé et/ou sur des techniciens référents de tâches transversales (cf **MAN TOUS M QU 002 : Organigramme fonctionnel et nominatif processus**)

9.1.1 Processus MAN : Politique et management de la qualité, pilotage économique, communication externe

Ce processus stratégique, décrit dans la fiche processus **MAN TOUS M QU 011**, a pour missions :

- la définition de la politique qualité, et l'établissement des objectifs qualité
- l'organisation générale du système de management de la qualité
- la désignation de personnes responsables pour chaque fonction (+ responsables adjoints pour les fonctions clés)
- la communication avec l'extérieur du Laboratoire

Les documents-clés de ce processus sont les suivants :

Documents qualité :

- MAN TOUS M QU 001 : Cartographie des processus du Laboratoire
- MAN TOUS M QU 002 : Organigramme fonctionnel et nominatif processus
- MAN TOUS M QU 003 : Organigramme fonctionnel et nominatif secteurs
- MAN TOUS M QU 019 : Liens hiérarchiques et fonctionnels au sein de l'établissement, du GHT et de la CHT
- MAN TOUS M QU 023 : Droit et biologie médicale
- MAN TOUS M QU 022 : Accréditation
- MAN TOUS M QU 021 : Utilisation de la marque Cofrac
- MAN TOUS M QU 018 : Liste des examens réputés urgents - délai de communication des résultats (CHM)

Procédures :

MAN TOUS M PR 007 : Responsabilité de la direction, politique qualité. Gestion des objectifs qualité, des indicateurs et cibles.

MAN TOUS M PR 012 : Contrats de prestation

MAN TOUS M PR 013 : Prestation de conseils

MAN TOUS M PR 020 : Gestion de portée flexible

MAN TOUS M PR 025 : Revue de direction

MAN TOUS M PR 027 : Services externes et approvisionnement

MAN TOUS M PR 028 : Revue périodique des prescriptions

9.1.2 Processus AMC : Amélioration continue

Ce second processus stratégique, décrit dans la fiche processus **AMC TOUS M QU 008**, et piloté par le Responsable Qualité, encadre les activités d'évaluation du système de management de la qualité dans tous ses aspects et la mise en place des actions préventives et correctives nécessaires, en cohérence avec la politique et les objectifs qualité du laboratoire, en vue de l'amélioration continue de l'efficacité de ce système de management de la qualité.


Les **procédures-clés** qui soutiennent ce processus sont les suivantes :

AMC TOUS M PR 025 : Gestion de l'amélioration continue

AMC TOUS M PR 006 : Gestion des non conformités, réclamations, incidents et accidents. Actions correctives.

AMC TOUS M PR 010 : Gestion des risques. Actions préventives.

AMC TOUS M PR 012 : Gestion des audits internes

	REFERENCE					VERSION	PAGE
	Processus	Secteur(s)	Site	Type de document	Numéro	5	8 sur 12
	MAN	TOUS	M	QU	009		

9.1.3 Processus PREA : Préanalytique

Le processus préanalytique (fiche d'identité : **PREA TOUS M QU 005**) encadre l'ensemble des étapes qui précèdent l'analyse proprement dite, incluant : la demande d'analyse, la préparation du patient, le prélèvement de l'échantillon biologique, son acheminement et sa conservation jusqu'au site de la phase analytique.

La procédure générale qui émane de ce processus est le document **PREA TOUS M PR 019 : Maîtrise de la phase préanalytique**.

Le guide des examens biologiques **PREA TOUS M FI 013** est révisé de manière semestrielle, et mis à disposition de l'ensemble des utilisateurs des services du laboratoire, via une diffusion en ligne, sur la page laboratoire du site internet du CH Montceau.

Le bon d'examens du laboratoire (**PREA TOUS M FO 001**) est également régulièrement actualisé en fonction des évolutions.

9.1.4 Processus ANA : Analytique

Ce processus concerne la phase analytique elle-même, de la préparation éventuelle de l'échantillon (pré-traitement) jusqu'à l'obtention du résultat, à l'aide d'un analyseur ou avec des méthodes non automatisées. Ce processus encadre également la gestion des contrôles internes de la qualité et des comparaisons interlaboratoires, ainsi que les vérifications initiales et continue des méthodes. Cf Fiche processus **ANA TOUS M QU 033**.

Les principales procédures de ce processus sont les suivantes :

- ANA TOUS M PR 008 : Gestion des CIQ (contrôles internes de qualité)
- ANA TOUS M PR 031 : Gestion des CIL (comparaisons interlaboratoires)
- ANA TOUS M PR 001 : Vérification initiale des méthodes
- ANA TOUS M PR 006 : Vérification continue des méthodes

9.1.5 Processus POST : Post analytique

Le processus post-analytique (fiche d'identité : **POST TOUS M QU 007**) encadre les étapes qui suivent l'obtention du résultat de l'examen, comprenant : le transfert des données, la revue systématique, la mise en forme et l'interprétation, la validation, le compte rendu et la transmission des résultats et le stockage des échantillons biologiques examinés.

Les procédures clés de ce processus sont les suivantes :


- POST TOUS M PR 032 : Revue des résultats
- POST TOUS M PR 010 : Diffusion des résultats
- POST TOUS M PR 028 : Entreposage, conservation et élimination des échantillons biologiques
- POST TOUS M PR 030 : Gestion des comptes rendus

9.1.6 Processus EXT : Sous-traitance

Ce processus encadre les examens transmis à des laboratoires sous traitants : sélection et évaluation de ces laboratoires, gestion de la phase préanalytique de ces examens et gestion des comptes-rendus d'analyses. Cf **EXT TOUS M QU 001** Fiche processus : Sous-traitance.

La procédure clé de ce processus est la suivante :

- EXT TOUS M PR 004 : Gestion de la sous-traitance

	REFERENCE					VERSION	PAGE
	Processus	Secteur(s)	Site	Type de document	Numéro	5	9 sur 12
	MAN	TOUS	M	QU	009		

9.1.7 Processus EBMD : Biologie délocalisée

Ce processus encadre les examens de biologie délocalisée réalisés sous la responsabilité du laboratoire au sein des services de soin du CH Montceau, de la phase préanalytique à la phase post-analytique, afin de répondre aux exigences de la norme NF EN ISO 22870 v 2017.

9.1.8 Processus MAT : Matériel, réactifs et consommables, Hygiène, sécurité, locaux, Métrologie

Ce processus (fiche d'identité : **MAT TOUS M QU 019**) concerne la gestion des analyseurs, équipements métrologiques, réactifs et consommables de l'ensemble des secteurs du Laboratoire, afin de fournir aux processus métiers les moyens appropriés.

Il s'appuie sur les procédures-clé suivantes :

MAT TOUS M PR 067 : Gestion des réactifs et consommables

MAT TOUS M PR 089 : Gestion des équipements

MAT TOUS M PR 005 : Métrologie

MAT TOUS M PR 082 : Locaux et conditions environnementales

9.1.9 Processus RH : Ressources humaines

Ce processus gère les qualifications du personnel, la définition des fonctions, l'accueil du personnel dans l'environnement institutionnel, la formation et l'évaluation des compétences de chaque personne, la revue des performances, la formation continue et le développement professionnel. Cf fiche d'identité : **RH TOUS M QU 007**

La procédure principale émanant de ce processus est : la procédure de gestion du personnel (**RH TOUS M PR 068**).

9.1.10 Processus INF : Informatique

Ce processus, présenté dans la fiche **INF TOUS M QU 012**, gère les systèmes d'information de laboratoire : protection contre les accès non autorisés, protection des données conformément à la législation en vigueur, sauvegardes en cas de perte, vérification du fonctionnement après changement du système et avant mise en œuvre...

La principale procédure qui émane de ce processus est le document : **INF TOUS M PR 011** : Gestion des informations de Laboratoire.

9.1.11 Processus DOC : Documents et enregistrements

Ce processus, décrit dans la fiche d'identité **DOC TOUS M QU 011**, organise la gestion des documents (internes et externes) et des enregistrements requis par la norme NF EN ISO 15189v2012 et nécessaires au Laboratoire pour assurer la planification, le fonctionnement et la maîtrise efficace de ses processus.

Les deux procédures générales de ce processus sont les suivantes :

- **DOC TOUS M PR 001 : Maîtrise de la documentation**

- et **DOC TOUS M PR 002 : Maîtrise des enregistrements**

La gestion de la documentation s'appuie depuis novembre 2015 sur un **logiciel de gestion documentaire** (logiciel BMS : Blue Management System de Blue KanGo), qui a succédé à la gestion « manuelle » de la documentation interne. A noter que le référencement des documents internes a été révisé à partir de cette même date, suite à la refonte de la cartographie des processus du laboratoire.

La documentation interne du Laboratoire est organisée selon une architecture pyramidale. (cf [Figure 3](#) ci-dessous)


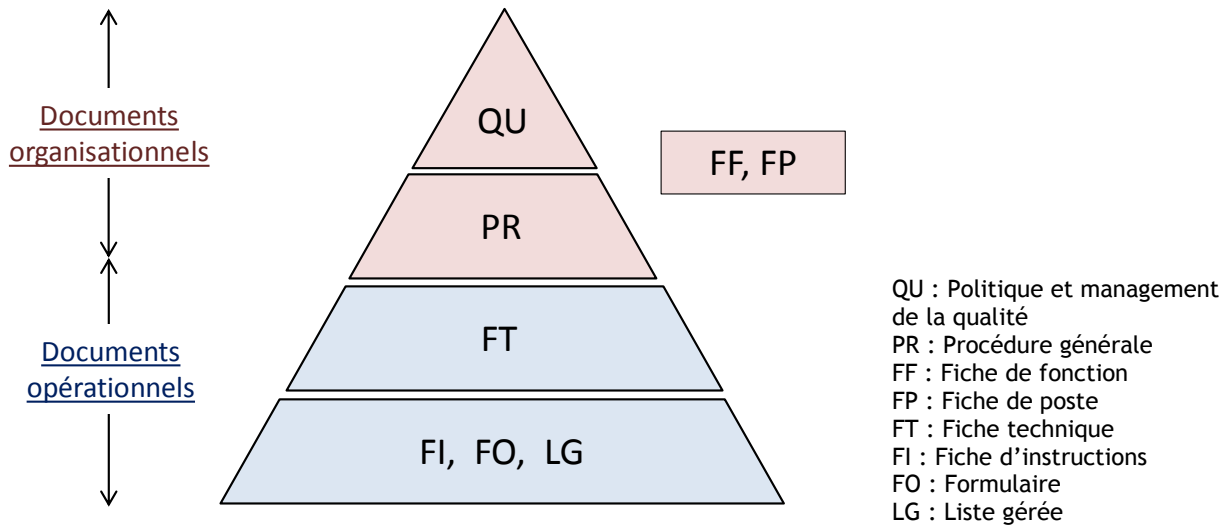
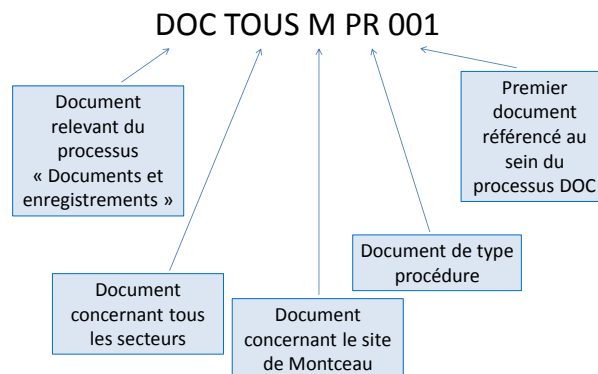
	REFERENCE					VERSION	PAGE
	Processus	Secteur(s)	Site	Type de document	Numéro	5	10 sur 12
	MAN	TOUS	M	QU	009		

Figure 3 : Pyramide documentaire, extrait du document DOC TOUS M PR 001 v3



Le référencement des documents du Laboratoire s'appuie prioritairement sur l'organisation en processus, complétée par le découpage en secteurs, (site), et type de document. (cf [Figure 4](#) ci-dessous)

Figure 4 : Exemple de référencement d'un document, extrait du document DOC TOUS M PR 001 v3



9.2 Secteurs

Le Laboratoire est organisé en **secteurs** scientifiques animés par un biologiste responsable et des techniciens référents. Ces secteurs scientifiques sont schématisés sur le document MAN TOUS M QU 003 : **Organigramme fonctionnel et nominatif secteurs**, dont un extrait est présenté sur la [Figure 5](#) ci-après.


	REFERENCE					VERSION	PAGE
	Processus	Secteur(s)	Site	Type de document	Numéro	5	11 sur 12
	MAN	TOUS	M	QU	009		

Figure 5 : Découpage en secteurs scientifiques, extrait du document MAN TOUS M QU 003 v5

Direction du laboratoire

Chef de service :
pilote processus MAN



Biologistes responsables
de secteur


Cadre de santé



Techniciens référents
de secteur

<p><u>Hémostase</u> Biologiste responsable Biologiste suppléant</p>	Techniciens référents	
<p><u>Hématologie cellulaire</u> Biologiste responsable Biologiste suppléant</p>	Techniciens référents	
<p><u>Immuno-hématologie</u> Biologiste responsable Biologiste suppléant</p>	Techniciens référents	
<p><u>Biochimie</u> Biologiste responsable Biologiste suppléant</p>	Biochimie automatisée – Immunologie – sérologie	<ul style="list-style-type: none"> - Techniciens référents analyseur - Techniciens référents Gentiane - Techniciens référents TIQCon
	Gazométrie	Techniciens référents
	Techniques manuelles	Techniciens référents
<p><u>Microbiologie</u> Biologiste responsable Biologiste suppléant</p>	Techniciens référents	

Le biologiste responsable de chaque secteur justifie de formations complémentaires dans son domaine de référence. Il est chargé dans son (ou ses) secteurs de responsabilité de la veille scientifique, et de la mise en œuvre de la stratégie définie dans les procédures générales des différents processus du laboratoire, notamment en matière de gestion de portée flexible.

	REFERENCE					VERSION	PAGE
	Processus	Secteur(s)	Site	Type de document	Numéro	5	12 sur 12
	MAN	TOUS	M	QU	009		

10 CARACTERISTIQUES DU DOCUMENT

10.1 Diffusion

10.1.1 Blue Portail Laboratoire (BMS)

Toutes les fonctions du Laboratoire

10.1.2 Papier

Exemplaire papier disponible à l'accueil du laboratoire.

10.1.3 Site internet CH Montceau

Oui

10.2 Historique

Contexte	N° version	Rédacteur	Approbateur	Date application	Résumé principales modifications
Nouvelle version suite évolution	3	C PROBY	JL JACOB	22/02/2016	Refonte suite - aux révisions de la procédure de gestion documentaire et de la cartographie des processus - aux évolutions récentes concernant le Laboratoire
Nouvelle version suite évolution	4	C PROBY	JL JACOB	25/01/2017	Actualisation annuelle (notamment : arrêt site Creusot, biologie de territoire)
Nouvelle version suite évolution	5	C PROBY	JL JACOB	12/02/2018	Actualisation annuelle (notamment § historique, contexte actuel + actualisation des figures)