

QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION

DES LABORATOIRES SOUS-TRAITANTS

**Nature des services demandés par le LSPQ auprès de votre laboratoire :**

1- IDENTIFICATION DU LABORATOIRE		
«Titre» «Nom» «Institution» «Département» «Adresse»  Site Web : _____  Nom de la personne qui remplit le questionnaire : _____  Titre / Fonction : _____  Date : _____		
2- CERTIFICATION – ACCRÉDITATION	OUI	NON
a) Est-ce que votre laboratoire est certifié ou accrédité par un organisme reconnu ?  Dans l'affirmative, veuillez fournir une copie du document de l'organisme responsable attestant de la certification ou de l'accréditation de votre laboratoire. Si non, quelle est la date prévue de votre certification ou accréditation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Existe-t-il une politique qualité officielle dans votre laboratoire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Avez-vous un manuel qualité disponible pour consultation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Avez-vous un programme documenté de formation du personnel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Est-ce que vous avisez vos clients lorsque des changements majeurs sont apportés aux services analytiques?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>3- CONTRÔLE DE LA QUALITÉ / ASSURANCE QUALITÉ</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
a) Est-ce que votre laboratoire participe à des programmes de contrôle externe de la qualité?		
b) Est-ce que votre laboratoire a mis en place des mesures de contrôle interne de la qualité?		
c) Est-ce que des actions correctives sont entreprises en cas de non-conformité?		
<b>4- PROCESSUS PRÉ-ANALYTIQUE</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
a) Est-ce que votre laboratoire a établi des exigences par rapport aux spécimens à soumettre incluant les conditions de transport, les critères d'acceptabilité et de rejet des échantillons?		
b) Est-ce que votre personnel technique a accès à un manuel de procédures techniques?		
<b>5- PROCESSUS ANALYTIQUE</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
a) Est-ce que votre laboratoire utilise des procédures validées?		
b) Est-ce que les procédures sont révisées à une fréquence établie?		
c) Est-ce que les délais d'analyse sont communiqués à la clientèle (temps-réponse)?		
<b>6- PROCESSUS POST-ANALYTIQUE</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
a) Est-ce que le nom de la méthode utilisée est indiqué au rapport d'analyse?		
b) Est-ce que l'interprétation du résultat apparaît au rapport d'analyse lorsqu'applicable?		
c) Possédez-vous une procédure écrite pour la transmission des résultats, incluant la transmission des résultats à valeurs critiques?		
d) Disposez-vous d'un mécanisme de révision des résultats afin de détecter les erreurs?		
e) Est-ce qu'une mention spéciale apparaît au rapport lorsqu'il doit être réémis suite à une correction?		
<b>Commentaires :</b>		

Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Veuillez retourner le questionnaire complété à madame France Corbeil, responsable qualité, Laboratoire de santé publique du Québec, 20045, chemin Sainte-Marie, Sainte-Anne-de-Bellevue (Québec) H9X 3R5. Téléphone : 514-457-2070 postes 230 ou 220. Télécopieur : 514-457-6346. Courriel : [france.corbeil@inspq.qc.ca](mailto:france.corbeil@inspq.qc.ca) .

## EVALUATION ASSESSMENT

### SUBCONTRACTING LABORATORIES

1- LABORATORY IDENTIFICATION		
<p>«Titre» «Nom» «Institution» «Département» «Adresse»</p> <p>Website : _____</p> <p>Name of the person filling in the assessment : _____</p> <p>Title / Function : _____</p> <p>Date : _____</p>		
2- CERTIFICATION – ACCREDITATION	YES	NO
f) Is your laboratory certified or accredited by a recognized organization?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
If it is, please provide a copy of the official certificate. If not, please indicate the expected date for your certification or accreditation?		
g) Does your laboratory have an official quality policy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Does your laboratory have a quality manual available for consultation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Does your laboratory have a documented training program for its personnel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Does your laboratory inform its customers when major changes are introduced in the analytical services?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>3- QUALITY CONTROL / QUALITY INSURANCE</b>	<b>YES</b>	<b>NO</b>
d) Does your laboratory participate in an external quality program?		
e) Does your laboratory have some internal quality indicators?		
f) Are corrective actions taken to address non-conformities?		
<b>4- PRE-ANALYTIC PROCESS</b>	<b>YES</b>	<b>NO</b>
a) Does your laboratory have a "guide to services manual" providing instructions on appropriate specimens for submission, transport conditions and specific acceptance or rejection criteria?		
b) Does your technical personnel have access to a laboratory procedure manual?		
<b>5- ANALYTIC PROCESS</b>	<b>YES</b>	<b>NO</b>
a) Does your laboratory use validated procedures?		
b) Are your procedures revised periodically and if so, at what frequency?		
c) Do you inform your clients on the turnaround-time of the tests?		
<b>6- POST-ANALYTIC PROCESS</b>	<b>YES</b>	<b>NO</b>
a) Do you indicate the name of the method used on the laboratory report?		
b) Do you provide interpretation of the result on the report when applicable?		
c) Do you have a written procedure for laboratory report transmission both for regular and critical results (stats)?		
d) Do you have a mechanism to review laboratory results in order to detect errors?		
e) Do you write a special note (flag) on corrected reports?		
<b>Comments :</b>		

Signature : \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Please send the completed assessment to Mrs. France Corbeil, quality manager, Laboratoire de santé publique du Québec, 20045, chemin Sainte-Marie, Sainte-Anne-de-Bellevue (Québec) H9X 3R5. Phone : 514-457-2070 extensions 230 ou 220. Fax : 514-457-6346.