**Registre des erreurs et des rejets d’échantillon**

**Nom du site de dépistage :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Dispositif utilisé sur le lieu de soins :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Code/numéro de l’établissement de santé :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Numéro de série du dispositif :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Date** | **Établissement demandeur**  (site de provenance de l’échantillon) | **Numéro de l’échantillon** | **Prénom de l’opérateur** | **Erreur au niveau du dispositif ?**  **(Si oui, cochez la case.)** | **Code d’erreur** | **Rejet de l’échantillon ? (Si oui, cochez la case.)** | **Raison du rejet** | **Remarques** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |