****

Siège social : BSF s/c Bernard Massoubre

 185 rue Cuvier 69006 LYON

*Site* www.biologiesansfrontieres.org

*Nous téléphoner :* +33 (0)4 77 82 93 49

|  |  |
| --- | --- |
| **Aide au développement à long terme en Biologie Médicale** |  |

 **ANNEXE n°6** 2025 / 07

**DEMANDE de PARTENARIAT**

**Avant-propos**

Afin d'apporter notre contribution à votre activité de manière aussi efficace que possible, nous vous adressons un questionnaire concernant le projet qui motive la demande, la structure de santé dans laquelle il est inclus et la description du laboratoire concerné.

Les réponses que vous apporterez nous permettront d’évaluer concrètement votre situation et de préparer au mieux notre intervention.

Il s'agit, pour vous comme pour nous, de faire un état des lieux précis de votre activité de biologie médicale.

**Que notre collaboration soit fructueuse !**

**Veuillez nous retourner, par courriel, le questionnaire entièrement complété\*\* ainsi que les documents demandés à assistante@bsf.asso.fr**

***Note 1*** : Si vous avez déjà établi des documents qui répondraient en tout ou partie aux questions posées (par exemple un inventaire à jour de l'équipement), il est inutile de remplir les rubriques concernées, il suffit alors de nous joindre ces documents.

***Note 2*** : Si une partie du questionnaire ne correspond pas à votre type de structure (école de santé, faculté…..) ne répondez pas à ces questions.

***Note 3 :*** Nous nous engageons formellement à ne pas diffuser, hors BSF, ce document.

**\*\* Merci de compléter ce document en format numérique**

**1ère partie : VOTRE PROJET**

- Nom de la structure / Ville/ Pays :

- Nom du demandeur / fonction dans l’établissement :

\* Pour toute demande d’intervention de BSF, transmettre une autorisation émanant des autorités sanitaires locales ou régionales

**1-1 Description du projet**

Présenter le **plus précisément possible votre projet** et indiquer **ce que vous attendez de BSF**, **quel(s) personnel(s) sont concernés** (nombre et fonction) et si une **salle est disponible pour des formations théoriques** avec éventuellement les équipements en place (vidéo projecteurs …..)

**(*Utiliser toute la place nécessaire pour décrire votre projet)***

1-2 Organisation d’une éventuelle mission de BSF

 - Qui prendra en charge ou participera aux financements suivants ?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **La structure d’accueil** | **BSF** | **Autres** |
| Les billets d’avion |  |  |  |
| **\*** Les déplacements dans le pays |  |  |  |
| **\*** Le logement  |  |  |  |
| \* Les repas |  |  |  |

\*BSF demande à l’établissement bénéficiaire, dans la mesure du possible, la prise en charge des déplacements, du logement et des repas des intervenants. Nous signaler si impossibilité d’assurer cette charge.

 - Quelle est la période de l’année la plus favorable à la mise en place de cette mission ?

 - Le personnel concerné pourra-t-il se rendre disponible durant la mission BSF ?

**1-3 Comment avez-vous connu BSF ?** congrès - site internet - association - autre :

**2ème partie : LA STRUCTURE DE SANTÉ**

 **- -2-1 Identification des interlocuteurs et contacts**

|  |
| --- |
| **Nom de la structure :** |
| Adresse **(**rue, ville, province, région, pays)• **S’il ne s’agit pas d’une structure publique,** nous transmettre l’autorisation d’exercice et les statuts de l’Association ou de l’ONG |
| Téléphone | e-mail  |

|  |
| --- |
| **Nom du responsable de la structure :**  |
| Sa fonction |
| Téléphone | e-mail  |

|  |
| --- |
| **Nom de l’interlocuteur pour le laboratoire :** |
| Téléphone | e-mail  |

|  |
| --- |
| **Nom d’un éventuel correspondant en France :**  |
| Adresse **(**rue, ville, province, région, pays) |
| Téléphone | e-mail  |

|  |
| --- |
| ***Eventuellement*: Nom du demandeur ou de l’association soutenant cette demande :**  |
| Adresse **(**rue, ville, province, région, pays) |
| Tel e-mail Web |

2-2 Type de structure : Poste de Santé - Centre de santé - Centre médicalisé

 Hôpital sans bloc opératoire - Hôpital avec bloc opératoire

 Autres (préciser) :

2-3 Situation géographique

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Distance par rapport à(mentionner le nom de la ville) | En km | En temps | Moyens de communication (avion, route, piste…) |
| La capitale (nom) :  |  |  |  |
| Un hôpital important (nom) : |  |  |  |
| L’hôpital le plus proche nom) : |  |  |  |

 2-4 Population concernée en nombre d’habitants :

**2-5 Personnel**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Nombre |  | Nombre |
| Médecin Temps Plein  |  | Gérant(e) de la pharmacie  |  |
| Médecin Temps Partiel |  | Technicien de laboratoire |  |
| Infirmier / Infirmière |  | Ingénieur / technicien biomédical |  |
| Aide-soignant |  | Biologiste  |  |
| Sage-femme /matrone |  |  Autres (préciser) |  |

2-6 Types de soins pratiqués et pathologies rencontrées

 Compléter le tableau ci-dessous en citant les différentes pathologies par ordre d’importance

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Nombre moyen/mois | Pathologies les plus fréquentes |
| Consultations totales :  médecine + chirurgie |  |  |
| Adultes hospitalisés en médecine |  |  |
| Enfants hospitalisés en Pédiatrie |  |  |
| Interventions chirurgicales |  |  |
| Accouchements |  |  |

2-7 Environnement

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Electricité et eau** | Origine (ex batterie, puits..) | Plages horaires |
| Présence d'électricité  Oui / Non  |  |  |
| Présence d'eau courante  Oui / Non   |  |  |
| **Moyens de communication** | Sur place ou à proximité immédiate | A distance (combien de km ?) |
| Téléphone  Oui / Non  |  |  |
| Accès à l'internet  Oui / Non |  |  |
| **Système d’élimination des déchets** | Incinérateur ou autre | Remarques éventuelles |
|  Oui / Non |  |  |

2-8 Gestion financière

 La structure s’autofinance-t-elle ? Oui / Non  Si non, quells sont vos partenaires financiers ?

|  |  |
| --- | --- |
| Tarif moyen d’une consultation |  |
| Tarif moyen d’une journée d’hospitalisation |  |
| Tarif d’une consultation pour les personnes démunies |  |
| Tarif d’une journée d’hospitalisation pour les personnes démunies |  |
| Les personnes démunies peuvent-elles bénéficier d’une prise en charge ? Par qui ? |  |

**3ème** **partie : le laboratoire**

 **3-1 L’immobilier :**

Surface totale (en m2)**:** Nombre de pièces :

 Paillasse en mètres linéaires total : répartis dans combien de pièces ?

 Présence d’une salle de prélèvement :

*Joindre* *quelques photos et si possible un plan schématique avec les principales dimensions du laboratoire*

3-2 Le mobilier : décrire le mobilier existant

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Nombre | Etat (bon, moyen, mauvais) |
| Armoire |  |  |
| Chaise |  |  |
| Table et bureau |  |  |
| Fauteuil à prélèvement |  |  |
| Réfrigérateur |  |  |
| Congélateur ou compartiment congélation du réfrigérateur  *Préciser* |  |  |
| Ordinateur (préciser quels sont les logiciels disponibles) |  |  |
| Onduleur |  |  |

 **3-3 L’équipement**

**\* Equipement de base**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Existant (nombre) **/ si absent noter 0**  | **Année** d’acquisition | Etat (bon, correct, moyen) |
| Microscope ***précisez la marque, et le grossissement*** *des différents objectifs et oculaires)* |  |  |  |
| Centrifugeuse depaillasse |  |  |  |
| Pipette automatique*Préciser leur volume* |  |  |  |

**\* Petits appareils**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Marque de l’appareil / si absent noter 0** |  **Année** d’acquisition | **Etat** (bon, correct, moyen) |
|  Lecteur de Glycémie |  |  |  |
|  Hémoglobinomètre manuel  |  |  |  |
| Bain-marie |  |  |  |
| Balance  *- type de balance* *- sa précision*  |  |  |  |
| Distillateur |  |  |  |
| Agitateur pour plaque  |  |  |  |
| Centrifugeuse à hématocrite |  |  |  |
| Dispositif pour VS  |  |  |  |

**\* Analyseurs**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Marque de l’appareil / si absent noter 0** |  **Année** d’acquisition | **Etat** (bon, correct, moyen) |
| Biochimie |  |  |  |
| Hématologie |  |  |  |
| Coagulation  |  |  |  |
| Immuno-analyse |  |  |  |
| Appareil pour dosage du Sodium et Potassium (préciser le type, par ex. appareil à électrodes spécifiques) |  |  |  |
| Autres |  |  |  |

**\* Matériel de bactériologie**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Existant (nombre / Marque) **si absent noter 0** | **Année** d’acquisition | **Etat** (bon, correct, moyen) |
| Bec Bunsen |  |  |  |
| Etuve |  |  |  |
| Poupinel (four Pasteur) |  |  |  |
| Autoclave  |  |  |  |
| Flacons autoclavables |  |  |  |
| Réchaud  |  |  |  |
| Autres  |  |  |  |

**\* Petit matériel divers et verrerie**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Existant (nombre) **/ si absent noter 0** | **Année** d’acquisition | **Etat** (bon, correct, moyen) |
| Cellule à numération (précisez laquelle) |  |  |  |
| Plaque à groupage |  |  |  |
| Rhésuscope |  |  |  |
| Minuterie |  |  |  |
| Thermomètre pour réfrigérateur |  |  |  |
| Portoir pour tubes |  |  |  |
| Verrerie *Lister l’existant : bécher, entonnoir, éprouvette*…. |  |
| Autres |  |

3.4 Les examens de biologie réalisés

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  **BACTERIOLOGIE** | Nombre moyen réalisé / mois | Tarif de l'analyse |
| Urine (ECBU) |  |  |
| PV |  |  |
| LCR (diagnostic méningite)  |  |  |
| Pus |  |  |
| Selles  |  |  |
| Recherche tuberculose |  |  |
| Autres |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **BIOCHIMIE** | Nombre moyen réalisé / mois | Tarif de l'analyse |
| Glycémie |  |  |
| Créatinine |  |  |
| Urée |  |  |
| Transaminases |  |  |
| Bilirubine |  |  |
| Ionogramme (sodium - potassium…) |  |  |
| Protéines dans le sérum |  |  |
| Calcémie |  |  |
| Electrophorèses hémoglobine |  |  |
| Albumine / glucose urinaire |  |  |
| Autres  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **HÉMATOLOGIE - COAGULATION** | Nombre moyen réalisé / mois | Tarif de l'analyse |
| Hématocrite |  |  |
| Hémoglobine |  |  |
| Numération formule |  |  |
| Vitesse de sédimentation |  |  |
| Test d’Emmel (drépanocytose) |  |  |
| Groupages sanguinsEpreuve de compatibilité (ECL) |  |  |
| TP  |  |  |
| TCA (ou TCK) |  |  |
| Fibrinogène |  |  |
| Autres |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SÉROLOGIE** | Nombre moyen réalisé / mois | Tarif de l'analyse |
| HIV / SIDA |  |  |
| Hépatite B (Ag HBs) |  |  |
| Hépatite C (Ac anti HCV) |  |  |
| Syphilis |  |  |
| Typhoïde |  |  |
| ASLO |  |  |
| Facteur rhumatoïde |  |  |
| CRP |  |  |
| Test de grossesse  |  |  |
| Autres |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PARASITOLOGIE** | Nombre moyen réalisé / mois | Tarif de l'analyse |
| Recherche de paludisme |  |  |
| Selles (KOP) |  |  |
| Vaginaux |  |  |
| Urinaires |  |  |
| Sang (autres que palu.) |  |  |
| Recherche de mycoses |  |  |
| Autres |  |  |

 3.5 Comptabilité

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Moyenne par mois** | **Total par an** |
|  Nombre d’analyses effectuées  |  |  |
| Coût global moyen des réactifs et consommables |  |  |
| Recettes liées au paiement direct par les malades  |  |  |

**Les recettes du laboratoire sont-elles utilisées pour son réapprovisionnement : OUI / NON**

- Si oui en totalité**?**

- ou partiellement

 % pour les consommables (réactifs..)

 % pour la structure

 SIGNATURE DU RESPONSABLE DE LA STRUCTURE

 NOM / Prénom

 Fonction

Signature de la personne s’occupant du laboratoire

**NOM / Prénom`**

**Qualité (technicien, biologiste, autre)**

Date :