

MODALITES DE PRELEVEMENT ET D'EXPEDITION

Vous devez prélever 1,5 mL de LCR clair **IMPÉRATIVEMENT** dans 1 tube Sarstedt (ref 62.610.201)
Acheminer le tube dans un **sachet spécifique avec la fiche complétée** des renseignements (sans joindre d'autres tubes)
Acheminement immédiat au laboratoire du site (max 2 heures à T° ambiante)

Contacts : Dr Susanna SCHRAEN – susanna.schraen@chu-lille.fr
biologistes : Dr Lucie VAUDRAN – lucie.vaudran@chu-lille.fr

Informations et documents disponibles <https://biologiepathologie.chu-lille.fr/>

LCR : TAU, phosphoTAU(181) , AB1-42 et AB1-40 (maladie d'Alzheimer)
Code CIRUS = ALZLCR (Molis = ALZLCR)

Cocher si nécessaire : NfL (DFT vs maladie psychiatrique) Code CIRUS (CHU Lille) = NFLLCR

PATIENT
Nom :
Nom d'épouse :
Prénom :
Né(e) le
Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M

PRESCRIPTEUR
Nom du médecin :
Service :

A compléter uniquement en cas de procédure dégradée : **PRELEVE LE ... / ... / à ... H**

A compléter par le service clinique : Les renseignements généraux et renseignements cliniques (ci-dessous) *et/ou* un courrier médical explicite

RENSEIGNEMENTS GENERAUX

Signaler toute **SUSPICION DE MALADIE DE CREUTZFELDT JACOB**. Dans ce cas, les dosages ne seront réalisés qu'après réception du résultat de 14-3-3 par fax au 03 20 44 49 57. Préciser :

- | | | |
|---|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Démence rapidement progressive | <input type="checkbox"/> Anomalies visuelles ou cérébelleuses | <input type="checkbox"/> Myoclonies |
| <input type="checkbox"/> Syndrome pyramidal ou extrapyramidal | <input type="checkbox"/> Mutisme akinétique | <input type="checkbox"/> EEG typique |

HYPOTHESE(S) DIAGNOSTIQUE(S) / RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> MA présentation classique | <input type="checkbox"/> MA présentation non classique | <input type="checkbox"/> SyndrFT | <input type="checkbox"/> MCL |
| <input type="checkbox"/> HPN | <input type="checkbox"/> SLA | <input type="checkbox"/> Sd Park (PSP, DCB, AMS) | <input type="checkbox"/> Park |
| <input type="checkbox"/> DVasc | <input type="checkbox"/> DMixte | <input type="checkbox"/> Angiopathie amyloïde | <input type="checkbox"/> PSY |
| <input type="checkbox"/> SEP | <input type="checkbox"/> Maladie à prions | <input type="checkbox"/> Plainte subjective | <input type="checkbox"/> Méningite / Encéphalite |

STADE : MCI Amnésique Autre Démence

Etiquette FDA à coller (CHU) :

AUTRES HYPOTHESES ET RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :

.....
.....
.....

DEGRE DE CERTITUDE DU DIAGNOSTIC : probable possible

CADRE RESERVE AUX LABORATOIRES

PRE-ANALYTIQUE : cf. procédure au catalogue des analyses

CONTRÔLE A LA RECEPTION : Tube Sarstedt 10 mL (ref 62.610.201) : Oui Non **Si non ou aucune coche =**

RECEPTION : Le ... / ... / à ... H ... **Analyse non réalisée**

DELAI centri / prelevt < 4 HEURES : Oui Non CULOT après CENTRIFUGATION : Oui Non

DECANTER le surnageant dans un Tube Sarstedt 10 mL (ref 62.610.201)

Protéinorachie : g/L Numération cellulaire : GR GB

ENVOI du tube décanté accompagné du tube de prélèvement initial et cette fiche dans 1 sachet spécifique

- Envoi rapide réfrigéré pour une réception dans les 72 heures
 Envoi congelé pour une réception > 72 heures et max 10 jours

