

INSTITUT DE BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE

- SERVICE DE TOXICOLOGIE ET GENOPATHIES -

Secrétariat 03.20.44.48.01 (CHU) ou 03.20.44.45.55 (ANALYSES EXTERIEURES) FAX 03.20.44.49.57 (CHU) ou 03.20.44.69.62 (ANAL. EXTERIEURES)

- UF DE NEUROBIOLOGIE -

MODALITES DE PRELEVEMENT ET D'EXPEDITION

Vous devez prélever 1,5 mL de LCR clair **IMPERATIVEMENT** dans 1 tube Sarstedt (ref 62.610.201)  
Prélever du lundi au vendredi (la veille d'un jour férié, réception IMPERATIVE du prélèvement avant 14h00 en NEUROBIO).  
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 ( CHU Lille) = **ALZLCR**

cocher si nécessaire : ☐ **NfL (DFT vs maladie psychiatrique)**

Code CIRUS ( CHU Lille) = **NFLLCR**

PATIENT

PRESCRIPTEUR

Nom

Médecin prescripteur :

Nom d'épouse

Prénom

Né(e) le

Service :

Sexe

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 Creutzfeld 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:

- ☐ Démence rapidement progressive ☐ Anomalies visuelles ou cérébelleuses ☐ Myoclonies  
☐ Syndrome pyramidal ou extrapyramidal ☐ Mutisme akinétique ☐ EEG typique

PRECISION(S) / DEMANDES(S) COMPLEMENTAIRE(S) :

- ☐ PROTOCOLE de recherche (Précisez : .....)  
☐ Mise en banque LILLE NEUROBANK (pour le CHU Lille) - unqi<sup>e</sup> si consent<sup>e</sup> joint. Dans ce cas, > 1,5mL LCR possible

HYPOTHESE(S) DIAGNOSTIQUE(S) / RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

- ☐ MA ☐ SyndrFT ☐ MCL ☐ DVasc ☐ DMixte **STADE :** ☐ MCI ☐ amnésiq  
☐ HPN ☐ SLA ☐ Sd Park (PSP, DCB, AMS) ☐ Park ☐ autre  
☐ Angiopathie amyloïde ☐ PSY ☐ Plainte subjective ☐ Méningite / Encéphalite  
☐ **Démence**

AUTRES HYPOTHESES ET RENSEIGNEMENTS CLINIQUES : .....

DEGRE DE CERTITUDE DU DIAGNOSTIC EVOQUE : ☐ Diagnostic probable ☐ Diagnostic 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 = Analyse non réalisée**

**RECEPTION :** Le ...../...../..... à .....H.....

**DELA** 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

**RECEPTION A L'UF DE NEUROBIOLOGIE :** Le ...../...../..... à .....H..... : par : paraphe : .....

A compléter uniquement en cas de procédure dégradée :

**CONTRÔLE A LA RECEPTION :** ☐ T° ambiante ☐ +4°C ☐ Congelé

**Tube Sarstedt 10 mL (ref 62.610.201) :** ☐ Oui ☐ Non **Si non : analyse non réalisée**

**ASPECT** du prélèvement : ☐ Surnageant clair ☐ Culot hématique ☐ Autre : .....

**CONFORMITE** du tube : ☐ Oui ☐ Non (Non-conformité et non réalisation du dosage)