


POLE DE BIOLOGIE PATHOLOGIE GENETIQUE

SIL-FE-CBP-246 v06

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/...../..... àH.....

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:

- | | | |
|---|---|--------------------------------------|
| <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 |

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

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> PROTOCOLE de recherche (Précisez :) |
| <input type="checkbox"/> Mise en banque LILLE NEUROBANK (pour le CHU Lille) - uniq ^t si consent ^t joint. Dans ce cas, > 1,5mL LCR possible |

HYPOTHESE(S) DIAGNOSTIQUE(S) / RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

- | | | | | | | | |
|---|----------------------------------|--|--|---------------------------------|----------------|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> MA | <input type="checkbox"/> SyndrFT | <input type="checkbox"/> MCL | <input type="checkbox"/> DVasc | <input type="checkbox"/> DMixte | STADE : | <input type="checkbox"/> MCI | <input type="checkbox"/> amnésiq |
| <input type="checkbox"/> HPN | <input type="checkbox"/> SLA | <input type="checkbox"/> Sd Park (PSP, DCB, AMS) | <input type="checkbox"/> Park | | | <input type="checkbox"/> autre | |
| <input type="checkbox"/> Angiopathie amyloïde | <input type="checkbox"/> PSY | <input type="checkbox"/> Plainte subjective | <input type="checkbox"/> Méningite / Encéphalite | | | <input type="checkbox"/> 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/...../..... àH.....

DELAIS 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/...../..... àH..... : 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)