



- 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 **IMPÉRATIVEMENT** dans 1 tube Sarstedt (ref 62.610.201)  
Prélever du lundi au vendredi (la veille d'un jour férié, réception IMPÉRATIVE 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 biologistes : Dr Susanna SCHRAEN – [susanna.schraen@chu-lille.fr](mailto:susanna.schraen@chu-lille.fr)  
Dr Lucie VAUDRAN – [lucie.vaudran@chu-lille.fr](mailto: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
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 |

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

- PROTOCOLE de recherche (Précisez : .....) )  
 Mise en banque LILLE NEUROBANK (pour le CHU Lille) - uniquement si consentement 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"/> Amnésique<br><input type="checkbox"/> Autre<br><input type="checkbox"/> Démence |
| <input type="checkbox"/> HPN                  | <input type="checkbox"/> SLA     | <input type="checkbox"/> Sd Park (PSP, DCB, AMS) | <input type="checkbox"/> Park                    |                                 |   |
| <input type="checkbox"/> Angiopathie amyloïde | <input type="checkbox"/> PSY     | <input type="checkbox"/> Plainte subjective      | <input type="checkbox"/> Méningite / Encéphalite |                                 |   |

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

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

**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)**

**Protéïnorachie** : ..... 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 :

- |                                      |   |  |  |
|--------------------------------------|---|--|--|
| <b>CONTRÔLE A LA RECEPTION</b> :     | <input type="checkbox"/> T° ambiante      | <input type="checkbox"/> 0 +4°C  | <input type="checkbox"/> Congelé       |
| Tube Sarstedt 10 mL (ref 62.610.201) | <input type="checkbox"/> Oui              | <input type="checkbox"/> Non Si non : analyse non réalisée                 |  |
| <b>ASPECT du prélèvement</b> :       | <input type="checkbox"/> Surnageant clair | <input type="checkbox"/> Culot hématiche                                   | <input type="checkbox"/> Autre : ..... |
| <b>CONFORMITE du tube</b> :          | <input type="checkbox"/> Oui              | <input type="checkbox"/> Non (Non-conformité et non réalisation du dosage) |  |