

**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](mailto:susanna.schraen@chu-lille.fr)  
biologistes : 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 : ☐ F ☐ 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 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) - uniquement si consentement joint. Dans ce cas, > 1,5mL LCR possible

**HYPOTHESE(S) DIAGNOSTIQUE(S) / RENSEIGNEMENTS CLINIQUES**

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

**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 ...

**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)

**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 :

- CONTRÔLE A LA RECEPTION** : ☐ T° ambiante ☐ 0 +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)