

**PROTOCOLE : MARQUEURS LCR DE LA MALADIE D'ALZHEIMER:**

Dr S SCHRAEN, UF de Neurobiologie, CBP, CHRU Lille, 03 20 44 48 01 - FICHE DE TRACABILITÉ – V6 1/1/2019

**PRELEVEMENT de LCR- FICHE DE TRACABILITÉ - protocole CHRU LILLE**

**IDENTIFICATION DU PATIENT**

NOM : Prénom : NOM MARITAL :  
SEXE :  H  F Date de Naissance :

**PRELEVEMENT (A remplir par le préleveur) :**  
à réaliser entre 8H et 13H DU LUNDI AU VENDREDI

DATE :     2 0   A   H   Prélever 4ml (minimum 2ml) de LCR  
 TUBE Sarstedt 10 mL polypropylène\* Aspect du LCR :  Clair  Trouble  Sanglant  Purulent  
 Envoi immédiat au laboratoire sur GLACE

**Dosages**

- TAU
- P-TAU
- Abeta42
- Abeta40\*
- \* seul si profil discordant

\* Sarstedt ref 62.610.201



**NOM DU MEDECIN PRESCRIPTEUR :**

**SERVICE** demandeur :

**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :** En l'absence de renseignements cliniques, le prélèvement ne sera pas traité.

**ATTENTION :** Signaler toute suspicion de **Maladie de Creutzfeld Jacob**. Dans ce cas, les dosages ne seront réalisés qu'après réception du résultat par fax au 03 20 44 49 57. Préciser les éléments suivants :

Démence rapidement progressive  ; myoclonies  ; anomalies visuelles ou cérébelleuses   
Syndrome pyramidal ou extrapyramidal  ; mutisme akinétique  ; EEG typique

**SI ARRIVEE APRES 16 HEURES : RANGER LE PRELEVEMENT AU FRIGO A 4°C AU RTE DANS LE COMPARTIMENT DU SECTEUR DE NEUROBIOLOGIE**

**UF DE NEUROBIOLOGIE : TRAITEMENT PREANALYTIQUE**

RECEPTION AU LABORATOIRE :     2 0   A   H

CONTRÔLE A LA RECEPTION : TUBE Sarsted 10 ref62.610.201 :  AUTRE :  
TEMPERATURE :  Dans la glace ou à 4°C  Température Ambiante  
DELAI INFÉRIEUR À 4 HEURES :  OUI  NON

CENTRIFUGATION TUBE 10 mL: 1000g, 10 minutes, 4°C

ASPECT LCR après centrifugation :  CLAIR  hémolysé  xanthochromique  trouble  
 culot hématique  culot leucocytaire

ALIQUOTAGE :   aliquots de 500 µL EN MICROTUBE 1,5 mL Sarstedt refce 72.703.406

CONGELATION DES TUBES : TEMPÉRATURE : - 80°C

DATE :     2 0   A   H

**Données biologiques du LCR :**

Protéinorachie : ..... g/l

Cytologie : ..... GR/µl ; ..... GB/µl

**NOM DU TECHNICIEN**

