

Unité de soins:

N° de Tel.

Nom:

Prénom:

Date de naissance:

N° IPP

N° Laboratoire

**PRESCRIPTION RESTREINTE CMRR**

PRELEVEUR

NOM DU PRESCRIPTEUR

SIGNATURE

Tél. ou Bip

Date: \_\_\_\_\_

Heure: \_\_\_\_\_

**BIOMARQUEURS DU LIQUIDE CEREBROSPINAL**  
**"TROUBLES COGNITIFS"**

**PRELEVEMENT IMPERATIF SUR TUBE EN POLYPROPYLENE (légèrement opaque)**

**A APPORTER LE PLUS RAPIDEMENT POSSIBLE  
AU LABORATOIRE (DELAI MAXIMUM DE 1 H)**

→ **Date des premiers signes :**        
M A

→ **Renseignements cliniques :**  
Trouble de type Alzheimer  OUI  NON

→ **Analyse(s) demandée(s) : SPBIOM**

✦ Peptide Amyloïde Beta 1-42 : **SPAMYB**  
✦ Protéines Tau totales : **SPTTAU**  
✦ Protéines Phospho Tau (181P) : **SPPTAU**  
✦

→ **Traitement du prélèvement dès réception :**

- ✦ Homogénéiser le contenu du tube
- ✦ Vérifier si présence de sang dans le L.C.R. (si oui comptage des G.R.)
- ✦ Centrifuger 10 minutes à 4000 tours à 4° C (centrifugeuse spéciale LCS)
- ✦ Préparer au minimum 4 aliquots de 500 µl (ou 350 µl si volume insuffisant) **en tube congélation**
- ✦ Etiqueter - Congeler immédiatement à **-70° C** (Congélateur C)