***LCR : Liquide Céphalo-Rachidien***

**Préleveur/Prescripteur**

Nom : …………………………………………………………………………………………………..………

Fonction : ………………………………………………………………………………………….………..

Date et heure du prélèvement : ……………………………………………………………………………

**Patient** Antibiothérapie : □ non  □ oui

 nom/posologie : ……………………...............

 Informations cliniques : ………………………………………………… ………………………………………………… ………………………………………………....

 Vaccins : …………………………………………………..…

 …………………………………………………..…

Coller

Etiquette

Identification

Patient

**Pré-analytique**

Délai d’acheminement : **< 15 minutes -**  Remise en **main propre au laboratoire**

Température d’acheminement : **température ambiante**

□ **Numéroter** chronologiquement les tubes de prélèvement

□ Prélever **minimum 1 ml** (10 gouttes) par tube conique

* **Tout tube conique non utilisé doit être supprimé** 

**Analyses de base**

**□ Chimie** : tube conique n°**1** (Glucose, chlore, protéines)

**□ Bactériologie** : tube conique n°**2**

**□ Cytologie** : tube conique n°**3**

**Analyses complémentaires spécifiques**

**□** PCR multiplex (panel méningite **communautaire**) tube conique n°4

 Pour les > 16 ans, réalisée seulement **si nombre de leucocytes ≥ 10 éléments/mm3**

(décision COMAI 2023).

**□ Autres analyses**tube conique n°5 **:** ……………………………………….…..………….

 …………………………………………………………….………

□ Protéine **TAU / Alzheimer** (tube spécifique blanc /labo) :……………………

**□ A garder** : tube conique n°**6**

Tubes coniques  5 mL

Lot : …………………. Péremption : ………………….