

# BON DE PRESCRIPTION A L'USAGE DU SERVICE DE NEUROLOGIE



Laboratoire de Biologie Médicale

Tél : 05.65.55.26.20

Etiquette patient

Etiquette service prescripteur

Date et heure du prélèvement : .....

Nom du prescripteur : .....

Nom du préleveur : .....

Orientation clinique / radiologique : .....

## EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE STANDARD :

Cytologie (Hématies/mm<sup>3</sup>, Leucocytes/mm<sup>3</sup>, Formule leucocytaire) (pot n°3, 10 gouttes)

Chimie (Glucose, Protéines, Chlorures, Lactates) (pot n°1, 10 gouttes)

Bactériologie standard (GRAM + Culture) **PL3** (pot n°2, 10 gouttes)

*NB : La recherche de cellules néoplasiques doit être envoyée directement au laboratoire d'anatomopathologie..*

PL2

PL

## RECHERCHES PARTICULIERES

### • Parasitologie-Mycologie

Cryptocoque (Encre de chine, culture, antigène) **AGCRY** (+10 gouttes dans pot 3)

Toxoplasmose\* (PCR) **TOXPC** (1 pot, 12 gouttes)

### • Bactériologie

Mycobactéries\* – BAAR – BK (Examen direct + Culture) **BKDIV** } (1 pot, 40 gouttes +20 gouttes pour la PCR)

Mycobactéries\* (PCR) **BKPCR**

Leptospirose\* (PCR) **LEPPC** (1 pot, 12 gouttes)

*Tropheryma whipplei*\* (PCR) **PCWHI** (1 pot, 12 gouttes)

Autre (à justifier) **BIOM+TRANI** : .....

### • Virologie (1 pot, 20 gouttes +1 pot 10 gouttes pour PCR multiplex)

Entérovirus\* (PCR) **ENTPC**

HSV 1 et 2\* (PCR) **HSVPC**

VZV\* (PCR) **VZVPC**

CMV\* (PCR) **CMVPC**

**FAM** si 4 PCR cochées  
(PCR multiplex)

EBV\* (PCR) **EBVPC**

Rougeole\* (PCR) **ROUPC**

JC Virus\* (PCR) **PCJC**

Autres\* (après appel au laboratoire) :

**BIOM+TRANI** .....

## SEROLOGIES (LCR + SERUM)

Maladie de Lyme (*B. burgdorferi*) \*

Calcul index synthèse intrathécale **LYMER+LYMET**

(1 pot, 20 gouttes + 1 tube sérum)

Isoélectrofocalisation\* **ISOES**

(1 pot, 15 gouttes + 1 tube sérum)

Syphilis\* (TNT) **SYPHI**

uniquement si sérologie sang positive

(5 gouttes + 1 tube sérum)

Autres\* (après appel au laboratoire) : **BIOM+TRANI**

.....

## AUTRES EXAMENS

•  Indice de barrière et production locale des Ig (IgG / Albumine) (Pot n°1 + 1 tube sang hépariné) **PRODL**

• Marqueurs :

ACE (Antigène carcino-embryonnaire) **ACED** (Pot n°1)

Beta 2 microglobuline\* **B2MR** (1 pot, 20 gouttes)

•  Enzyme de conversion de l'angiotensine\* **ECAR** (1 pot, 20 gouttes)

•  Interferon alpha\* **INFR** (1 pot, 12 gouttes)

•  Alzheimer\* (protéines Tau, Phos-Tau et Béta2 amyloïde) : **ALZ** Voir protocole particulier dans le guide de prélèvement

•  Creutzfeldt Jakob\* (protéine 14-3-3) : **P1433** Voir protocole particulier dans le guide de prélèvement et contacter le laboratoire avant le prélèvement.

•  **LCR à congeler** pour bilan complémentaire éventuel : **PVTBM** (1 pot)

NB (\*) Examen transmis

(X gouttes) : Nombre de gouttes minimales souhaitées