

# Prélèvement de Liquide Céphalo Rachidien \_C2ENRLCR

• **Prélèvement :**

- **Ponction lombaire:**

En l'absence de contre-indication (hypertension intracrânienne, trouble majeur de la coagulation sanguine, infection locale au point de ponction) et après asepsie de type chirurgical. Prélever **au minimum 3 flacons stériles, avec au moins 10 gouttes de LCR par flacon (~ 500 µL)**. Prélever si possible avant tout traitement antibiotique/antifongique.

- **Prélèvement en cas de dérivation ventriculaire :**

**Dérivation externe :** au niveau de l'embout en latex du robinet proximal de vidange, après désinfection et manipulation soigneuses. Ne pas prélever dans la poche de recueil.

**Dérivation interne :** prélever le LCR au niveau lombaire ou à défaut au niveau du réservoir.

- **Identifier les flacons** avec le nom et prénom du patient, la date et heure du recueil
- **Compléter** les renseignements cliniques, la demande d'analyses et joindre la prescription
- **Acheminer les flacons au laboratoire au plus vite (délai max 30 mn)** à température ambiante (15°C à 25°C)

## RENSEIGNEMENTS CLINIQUES (à compléter)

Nom d'usage:..... Nom de naissance:.....  
Prénom :..... Date de naissance :...../...../.....  
Date du prélèvement: ...../...../..... Heure du prélèvement : .....

**Y-a-il suspicion de méningite ou d'infection du SNC ?**  Oui  Non

**Préciser : signes cliniques :** .....  
.....  
**diagnostic présumé :** .....

**Autres cas dans l'entourage ?**  Oui  Non

**Immunodépression ?**  Oui  Non

Si OUI, préciser (*entourer*):  
Traitement immunosuppresseur (corticoïdes, chimio,...) / Hémopathie maligne / Infection HIV /  
Transplanté / Cancer / Autre :.....

**Contexte clinique particulier ? (*entourer*) :**

Chirurgie ORL / Neurochirurgie / Traumatisme crânien ou facial / Dérivation ventriculo-péritonéale

**Voyage à l'étranger (zone tropicale) précédant l'apparition des symptômes ?**  Oui  Non

Si OUI, préciser pays et date : .....

**Traitement antibiotique (ou antifongique) déjà administré ?**  Oui  Non

Si OUI, nom de l'antibiotique/antifongique : .....  
Traitement en cours depuis : ..... Traitement arrêté depuis : .....

**Mode de prélèvement :**  **PONCTION LOMBAIRE**  **DERIVATION VENTRICULAIRE**