SAMODZIELNY PUBLICZNY DZIECIĘCY SZPITAL KLINICZNY
w WARSZAWIE
02-091 Warszawa, ul. Żwirki i Wigury 63A

ZAKŁAD DIAGNOSTYKI LABORATORYJNEJ I IMMUNOLOGII
KLINICZNEJ WIEKU ROZWOJOWEGO
PRACOWNIA AUTOIMMUNOLOGII
Tel. 22-317-94-75

Zlecenie na oznaczenie przeciwciał przeciwneuronalnych

Dane Pacjenta

Nazwisko:……..Imię:…… Data urodzenia………

PESEL: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Płeć: K ☐ M ☐ Tryb zlecenia: Rutynowy ☐ Pilny ☐

Rozpoznanie wstępne……..……..……

……

Objawy kliniczne , czas wystąpienia ……..……

……

Wykluczono proces rozrostowy tak ☐ nie ☐ , wykonując badania:……..……

……

Inne istotne dane kliniczne/ inne badania ……..……...

P-ciała przeciw peroksydazie – aTPO ☐ nie wykonano; ☐ wykonano, ☐ wynik ujemny ; ☐ wynik dodatni

P-ciała przeciw receptorowi TSH - TRAb ☐ nie wykonano; ☐ wykonano, ☐ wynik ujemny ; ☐ wynik dodatni

P-ciała przeciw tyreoglobulinie aTG ☐ nie wykonano; ☐ wykonano, ☐ wynik ujemny ; ☐ wynik dodatni

Leki dotychczas stosowane……...

Zlecone badania /

1. ☐ Przeciwciała przeciwko receptorom**: anty-NMDA, anty-AMPA1, anty-AMPA2, anty-GABAR B1/B2** oraz białkom związanym z VGKC **(anty-LGI1, anty-CASPR2)**
2. ☐ Przeciwciała przeciwko dekarboksylazie kwasu glutaminowego **- anty GAD**
3. ☐ Przeciwciała przeciwko **antygenom móżdżku i trzustki**

Lekarz Zlecający: …… *Data zlecenia:* ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ Tel.kont.……

Pieczątka i podpis *D D M M R R R R*

Pieczątka Podmiotu Zlecającego	***Podpis Głównego Księgowego***	***Podpis Dyrektora Placówki***

Zobowiązuję się do uregulowania należności za wykonanie badania w terminie 14 dni od daty otrzymania faktury

Rodzaj pobranego materiału : ☐ krew żylna na skrzep (min. 3 ml) *(Surowica- 0,5 ml)* ☐ płyn mózgowo-rdzeniowy (min. 0,5 ml)

Dane i podpis osoby pobierającej:…… *Data pobrania : materiału* ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ *D D M M R R R R* *Godzina pobrania* ☐☐ ☐☐

Dane i podpis osoby przyjmującej :……..Data przyjęcia materiał do Laboratorium ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ *Godzina przyjęcia* ☐☐ ☐☐

Miejsce przesłania wyniku:……