

抗 MOG 抗体測定検査 申込方法 (20241007)

- ・ 血清あるいは髄液中の抗 MOG 抗体測定を行い、結果をご報告します。結果は必ず共同研究結果としての扱いをお願い致します。学会や学術誌に発表する際には、当方にご一報下さい。**無断で測定結果を学術発表に用いられた場合、その後の検査をお断りする可能性があります。**
- ・ 申込書記載の上、発砲スチロールのボックス等で、下記を揃えて検体をお送り下さい。書類は封筒に入れ、さらにビニール袋に入れて同梱願います。平日月～金の午前中に届くように手配願います。土日・祝祭日・年末年始は受け取れません。検体郵送料は、各自で負担をお願いします。

1. 凍結血清/凍結髄液 最低 500 μ l 以上 (各施設のご都合に合わせて頂いて結構ですが、可能であれば、1.5~2.0ml 程度のスクリュウキャップ付きチューブをお使い下さい。チューブには患者名と採血日をご記入下さい。申込書とチューブ記載の検体採取日が異なる場合、申込書が正しいものとします。)
2. 抗 MOG 抗体測定 検査依頼申込書
3. 患者サマリー(入退時サマリーかそれに代わるもの)
4. 同意書

- ・ 申込みの際は事前連絡を必須とします。
- ・ 検査は原則的に定性を行い、申込書の“申込者”宛てに、報告書を郵送致します。特に理由がなければ、検出感度が低下するため急性期加療前の血清/髄液を用意されることをお勧めします。
- ・ 同意書は患者さんおよび主治医が署名して下さい。また、コピーを二部取り、一部をカルテ保存、一部を患者さんに渡して下さい。
- ・ 申込書の項目を確認できない場合は、理由を記載して頂ければ結構です(未検など)。申込書に不備がある場合や、患者サマリーが同封されていない場合は、検査をお断りする場合があります。画像の送付忘れが多くなっておりますのでお気をつけください。
- ・ その他、不明な点につきましては、下記アドレスまで、メールにてお問い合わせ下さい。

東北大学医学部神経内科学教室

〒9808574 宮城県仙台市青葉区星陵町 1-1

Phone: 022-717-7189 Fax: 022-717-7192

e-Mail mogantibody@yahoo.co.jp
