

**Scheda di accompagnamento per invio di campioni presso il laboratorio di Ricerca
Building 2, 3° piano
Istituto Clinico Humanitas, via Manzoni 56, Rozzano Milano (ALLEGATO 2)**

Cognome:..... Nome:.....
Data nascita:..... Luogo di nascita:..... (prov:)
Codice fiscale:..... Telefono:.....
Residenza:.....
Località:..... C.A.P.....(prov:)

Sospetto Diagnostico: (allegare eventualmente relazione clinica)

Reparto/U.O. ricovero:.....
Medico di riferimento:..... Tel.:.....

ESAMI RICHIESTI:

Ricerca bande oligoclonali nel liquor

Ricerca bande oligoclonali nel siero (si raccomanda di inviare un campione di siero insieme al liquido cerebrospinale per necessario confronto)

Anticorpi serici:

anticorpi anti-MAG (immunoblot)

anticorpi anti-Hu (immunofluorescenza, conferma in immunoblot) per sindromi paraneoplastiche

anticorpi anti-Ri (immunofluorescenza, conferma in immunoblot)per sindromi paraneoplastiche

anticorpi anti-Yo (immunofluorescenza, conferma in immunoblot) per sindromi paraneoplastiche

anticorpi anti-amfifisina (immunofluorescenza, conferma in immunoblot) per sindromi paraneoplastiche

anticorpi anti-CV2(immunofluorescenza, conferma in immunoblot) per sindromi paraneoplastiche

anticorpi anti-Ma2 (immunofluorescenza, conferma in immunoblot) per sindromi paraneoplastiche

anticorpi anti acquaporina-4 (immunofluorescenza) per neuromielite ottica

anticorpi anti-GM1 IgM (ELISA) per neuropatie croniche

anticorpi anti-GD1a IgM (ELISA) per neuropatie croniche

anticorpi anti-GD1b IgM (ELISA) per neuropatie croniche

anticorpi anti-GQ1b IgM (ELISA) per neuropatie croniche

anticorpi anti-GM2 IgM (ELISA) per neuropatie croniche

anticorpi anti-solfatidi IgM (ELISA) per neuropatie croniche

anticorpi anti-GM1 IgG (ELISA) per neuropatie acute

anticorpi anti-GQ1b IgG (ELISA) per neuropatie acute

anticorpi anti-GD1a IgG (ELISA) per neuropatie acute

anticorpi anti-GD1b IgG (ELISA) per neuropatie acute

anticorpi anti-GM2 IgG (ELISA) per neuropatie acute

Dosaggio VEGF (ELISA)

Comunicare la preferenza circa le modalità di invio dei referti:

via fax al numero *:..... All'attenzione di:.....
con corriere: indicare indirizzo preciso

all'attenzione di:..... reparto/U.O.:.....
Ospedale/Ente.....
Via/Piazza.....
Località:..... C.A.P..... (prov)

ritiro da parte di un incaricato.....

Firma del medico responsabile:

** Responsabile della tutela della privacy è il richiedente. E' pertanto a carico dell'Ente che riceve il referto adottare tutte le precauzioni più opportune a soddisfare quanto previsto dalla normativa vigente in merito.*