



T.C. ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
NÖROİMMÜNOLOJİ LABORATUVARI
Otoimmün Ensefalit Paneli İstem Formu



Hasta Adı Soyadı : Yaş:..... Cinsiyet:.....
Hasta T.C. Kimlik No : MS Protokol No :.....
Hastane Adı- Protokol No : /
Doktor Adı Soyadı : Telefon :.....
Doktor E-mail Adresi : Laboratuvar Protokol No:
Örnek Alınma Tarihi ve Saati: Alınan Örnek: BOS () Serum ()
Laboratuvara Geliş Tarihi ve Saati:

- Tanı:** Malignite var Malignite yok
Malignite varsa tanı tarihi:
Radyolojik Tanı () Doku tanısı ()
 Klinik Tutulum:
Solunum Sistemi: Akciğer () Bronş ()
GIS: Özafagus () Mide () Kolon ()
Meme:
Genito Üriner Sistem: Prostat () Testis () Uterus () Over ()
Diğer:
 Nörolojik Tutulum ve Süresi:
SSS (Açıklayınız):
PSS (Açıklayınız):

Son 3 Ayda Uygulanan Tedaviler:

- Steroid (Süre ve Doz Bilgisi):
 Plazmaferez (Süre ve Seans Bilgisi):
 Radyoterapi (Açıklayınız):
 Kemoterapi (Açıklayınız):

Otoimmün Ensefalit Paneli; NMDAR, AMPA1, AMPA 2, CASPR 2, LGI1, GABARBI antikollarını içermektedir.

* Otoimmün Ensefalit Ücreti (700 TL) aşağıdaki banka hesabına (PTT, Ziraat Bankası ATM'si veya İnternet Bankacılığı yöntemlerinden biriyle) yatırılmalı; Banka dekontu, bu form ve hasta örnekleriyle birlikte aşağıdaki adrese gönderilmelidir. Dekontun açıklama bölümüne **Hastanın Adı Soyadı, T.C. Kimlik Numarası ve Nöroimmünoloji Laboratuvarı** yazılması gereklidir..

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Hesap Numarası

IBAN: TR 63 0001 0014 7909 7123 9551 11

- * Form eksiksiz doldurulmalı ve formda **doktor kaşesi, telefon numarası ve e-mail adresi** mutlaka bulunmalıdır.
* Tüm örnekler **tedavi uygulamasından önce** alınmalıdır.
* Tedavi altındaki hastalarda ayrıntılı tedavi bilgisi doldurulmalıdır.
* Kan 2 Biyokimya Tüpü'ne alınmalıdır. Her iki tüp de tam dolu olmalıdır. Santrifüj edilerek **Jelsiz Biyokimya Tüpünde sadece serumlar** birleştirilerek (en az 6-8 ml) gönderilmelidir
* Kan santrifüj edildikten sonra serum örnekleri laboratuvarımıza **soğuk zincir ile dondurulmadan** gönderilmelidir.