

抗 ganglionic AChR 抗体測定申込方法

- 検査は自己免疫性自律神経節障害 (Autoimmune autonomic ganglionopathy, AAG) 及び、自律神経症状を呈する症例 (ニューロパチー, 免疫性神経疾患, 神経変性疾患, 糖尿病, アミロイドーシスなど) の血清を対象としております。上記以外の疾患の場合、測定を申し込む検体が血清以外 (例: 髄液など) の場合に関しては、メールにてあらかじめご相談下さい。
- 事前のご連絡は不要です。しかし多検体 (目安として 20 検体以上) の申し込み、抗体価測定依頼については、メールにてあらかじめご相談下さい。
- 申込書記載の上、下記を揃えて検体をお送り下さい (できるだけ月～金の午前中に届くようお願い致します)。

1. 凍結血清 100 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 2 本に分注してお送りください。チューブには採血日をご記入下さい。
 2. 検査申込書
 3. 患者サマリー
 4. 同意書 (複写したもの)
- * 書類は封筒に入れ、さらにビニール袋に入れて下さい。

- 検査は原則的に定量を行います。急性期・加療前の血清を用意されることをお勧めします。
- 報告書は申込書に基づいて作成されますので、検体チューブの記載と申込書の内容が異なる場合は、申込書の記載を正しいものとします。
- 結果を急ぐ検体はその旨ご連絡下さい。
- 測定は検体が当院到着より 2-3 週間以内の測定を原則としています。しかし測定検体数の多寡や検体の内容により、報告時期はしばしば不定になることをご了承下さい。
- 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。
- **本検査の結果については原則として共同研究としての取り扱いをお願いしております。本検査結果を学会や学術誌等にてご発表される際には、必ず事前のご相談を下記までお願い致します。**
- **測定結果はメールにてご連絡するようにしております。測定申込書内のメールアドレス記入欄には視認できるようにメールアドレスを明瞭にご記入ください。**
- **確実な受取を旨としておりますので、到着につきましてはウィークデイの午前中をご指定いただけますと有難いです。**

問い合わせの窓口

この研究についてのお問い合わせがある場合は、下記までご連絡下さい。

住所: 〒859-3615 長崎県東彼杵郡川棚町下組郷 2005-1

研究機関名: 長崎川棚医療センター 臨床研究部・神経内科

電話: 0956-82-3121 (代表)

FAX: 0956-83-3710

担当者: 中根俊成