

 Fondazione I.R.C.C.S. Istituto Neurologico Carlo Besta Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia	RICHIESTA ESAMI AUTOIMMUNITA' NEUROLOGICA e INFORMATIVA PREPARAZIONE E INVIO PRELIEVI (ENTI ESTERNI) COD.: MOD93B
--	--

S.C. Neurologia IV – Neuroimmunologia e Malattie Neuromuscolari- SMeL22033
Centro Regionale di riferimento per lo Studio delle Malattie Neuromuscolari
Tel. 02-2394-2282 (Segreteria) -4571 (Laboratorio) – FAX 022394-4714;
email: neurologia4@istituto-besta.it

DATI del PAZIENTE

Data prelievo _____

Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____

Luogo di nascita _____ Sesso ☐ M ☐ F

Codice Fiscale _____

Residente in via _____ Comune _____ CAP _____

Telefono _____ E-mail _____

Sospetto diagnostico _____

DATI del RICHIEDENTE

Ente _____ Reparto _____

Medico _____ E-mail _____

Indirizzo _____ Comune _____

CAP _____ Telefono/
Fax _____

Tipo campione: ☐ Siero (quantità minima 1,5/2 ml) ☐ Liquor (quantità minima 1 ml)

ESAMI RICHIESTI:

	Patologie della Giunzione Neuromuscolare		Encefaliti Autoimmuni
☐	Anticorpi anti Recett. per l'Acetilcolina (AChR)	☐	Anticorpi anti GAD
☐	Anticorpi anti Titina	☐	Pannello Encefaliti (NMDAr, LGII, CASPR2, AMPA 1-2, GABAb1, DPPX)
☐	Anticorpi anti Recett. per la Rianodina (RyR)	☐	Anticorpi anti NMDAr (anticorpo singolo)
☐	Anticorpi anti MUSK	☐	Anticorpi anti LGII (anticorpo singolo)
☐	Anticorpi anti LRP4	☐	Anticorpi anti CASPR 2 (anticorpo singolo)
☐	Anticorpi anti Canali del Calcio (VGCC)	☐	Anticorpi anti AMPA 1 -2 (GLUR1-GLUR2) (anticorpo singolo)
☐	Anticorpi anti SOX 1	☐	Anticorpi anti GABA B1 (anticorpo singolo)
	Malattie Demielinizzanti	☐	Anticorpi anti DPPX (anticorpo singolo)
☐	Anticorpi anti MOG	☐	Anticorpi anti GABA A
☐	Anticorpi anti Aquaporina 4 (AQP4)	☐	Anticorpi anti mGluR1
	Neuropatie Periferiche	☐	Anticorpi anti IgLon5
☐	Anticorpi anti MAG	☐	Anticorpi anti mGluR5
☐	Anticorpi anti GM1 IgG/IgM	☐	Anticorpi anti Canali del Potassio (VGKC)
☐	Anticorpi anti GQ1b IgG	☐	Anticorpi anti GluR3 A/B
☐	Anticorpi anti GM2 IgG/IgM		Ganglionopatie Autoimmuni
☐	Anticorpi anti GD1a IgG/IgM	☐	Anticorpi anti Recettore per l'Acetilcolina Ganglionale ($\alpha 3/\alpha 7$)
☐	Anticorpi anti GD1b IgG/IgM		Miositi Autoimmuni
☐	Anticorpi anti Solfatidi	☐	Anticorpi anti HMGCR
☐	Pannello CIDP (NF155-NF186CNTNI-CASPR1)-RUO	☐	Pannello Miositi (Mi-2 α , Mi-2 β , TIF1 γ , MDA5, NXP2, SAE1, Ku, PM-Scl100, PM-Scl75, Jo-1, SRP, PL-7, PL-12, EJ, OJ, Ro-52, Ha, Ks, Zo)
		☐	Anticorpi anti cN-1A

 Fondazione I.R.C.C.S. Istituto Neurologico Carlo Besta Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia	RICHIESTA ESAMI AUTOIMMUNITA' NEUROLOGICA e INFORMATIVA PREPARAZIONE E INVIO PRELIEVI (ENTI ESTERNI) COD.: MOD93B
---	--

	Retiniti Autoimmuni		
☐	Anticorpi anti TRPM1		
☐	Anticorpi anti Recoverina		
☐	Crioconservazione (Banca)		

ESAMI RICHIESTI: BIOMARCATORI SOLUBILI PER PATOLOGIE NEUROLOGICHE INFIAMMATORIE O IMMUNOMEDIATE

Tipo campione: ☐ Siero (quantità minima 1,5/2 ml) ☐ Liquor (quantità minima 1 ml)

☐	Dosaggio OREXINA (liquor) – Disturbi del Sonno
☐	Dosaggio NFL-
☐	Dosaggio GFAP
☐	Pannello Citochine 1 (IL-1 β /IL-1RA/IL-6/IL17A)
☐	Pannello Citochine 2 (TNF α /IL-4/IL-8/IL-10)
☐	Pannello Citochine 3 (INF γ /IL-13/IL15/CXCL13)
☐	Pannello Citochine 4 (MCP-1/CCL2/MIP1 α /CCL3/MIP- β /CC/IP-/CXCL10)

Spedire il materiale biologico e relativa documentazione all'indirizzo sotto riportato:

Att.ne Dott.ssa Francesca Andreetta
 SC Neurologia IV - Neuroimmunologia e Malattie Neuromuscolari- SMEL22033
 c/o Laboratorio Analisi
 Fondazione IRCCS Istituto Neurologico "Carlo Besta"
 Via Celoria, 11 - 20133 Milano

Data, _____

Firma e timbro del Medico Richiedente

Si richiede la precisa compilazione del presente modulo, indispensabile per il corretto invio del referto.
 Con la firma del presente modulo il Medico e/o Reparto richiedente, attesta di essere in regola con quanto prescritto dal D.Lgs. 196/03 come novellato dal D.Lgs. 101/2018 ed in particolare di aver acquisito dal paziente interessato il consenso al trattamento dei dati personali e sensibili.

Spazio riservato al personale della S.C. Neurologia IV

Osservazioni:

Verifica identificazione del campione e correttezza della richiesta:

☐ Conforme ☐ Non conforme per mancanza di: _____

Verifica stato del campione:

☐ Accettabile ☐ Inaccettabile per: _____

Verifica completezza della documentazione:

☐ Completa ☐ Incompleta per: _____

Data e modalità di correzione:

INFORMATIVA

Preparazione campioni e invio per DOSAGGIO AUTOANTICORPI SU SIERO o LIQUOR

Campione di SIERO

Effettuare un prelievo di sangue venoso di circa 10 ml in provetta senza anticoagulante e contenente gel separatore.

Attendere la completa coagulazione, quindi centrifugare il campione per 10 minuti a 3000 rpm, 20°C.

Trasferire il siero (**quantità minima 1,5-2 ml**) in provette di plastica idonee al congelamento (criotubi) e per il trasporto/invio, chiaramente identificate con i dati del paziente.

Conservare i campioni di siero a 4°C se la spedizione avviene entro 24/48 ore, a -20°C se per tempi più lunghi fino al momento della spedizione.

Campione di LIQUOR

Prelevare un'aliquota (**quantità minima 1 ml**) dal campione di liquor e trasferirla in una provetta di plastica idonea al congelamento (criotubi).

Conservare i campioni di liquor a 4°C se la spedizione avviene entro 24/48 ore, a -20°C se per tempi più lunghi fino al momento della spedizione.

Modalità di SPEDIZIONE

Se la consegna del campione di siero/liquor avviene entro 24 ore, inviare il campione di siero o liquor in contenitori a 4°C o a temperatura ambiente.

E' possibile inviare direttamente il campione di sangue venoso intero (non separato dal coagulo) a temperatura ambiente se si garantisce la consegna entro 3/4 ore MASSIMO dal prelievo. **Non congelare assolutamente il campione di sangue venoso intero.**

I campioni e la documentazione associata devono essere inviati all'attenzione della Dr.ssa Francesca Andreetta, SC Neurologia IV – Neuroimmunologia e Malattie Neuromuscolari, c/o Laboratorio Analisi, Fondazione Istituto Neurologico Carlo Besta, Via Celoria 11, 20133 Milano; Tel. 02-23944571; email: laboratorioneuro4@istituto-besta.it; FAX 02-23944714

DOCUMENTI

Accompagnare ogni campione con la richiesta per l'esecuzione dell'indagine autorizzata dalla Direzione Sanitaria e dal modulo di richiesta esami (MOD93B) compilato in maniera leggibile e completo di tutte le informazioni richieste.

Verificare con attenzione che tutti gli esami indicati sul modulo di richiesta siano riportati sull'Autorizzazione della Direzione Sanitaria per evitare fraintendimenti ed omissioni.

Nel caso di dati mancanti o incompleti sarete contattati al fine di risolvere i problemi relativi all'esame richiesto; il campione ricevuto sarà comunque opportunamente conservato.

Il referto sarà inviato all'Unità Operativa/Direzione Sanitaria o – secondo quanto indicato – al medico di riferimento o Laboratorio dell'Ente che ha richiesto l'esame.

DEVE ESSERE SEGNALATO SE

Sono presenti eventuali malattie infettive trasmissibili attraverso i campioni biologici

Il paziente ha un particolare quadro clinico che necessita di discussione con il medico di riferimento prima dell'invio del referto.