

Žádanka o vyšetření protilátek při klinickém podezření na autoimunitní encefalitidu a další onemocnění sdružená s antineurálními protilátkami

Tento formulář slouží jako Žádanka k vyšetření autoproti látek v Likvorologické laboratoři Ústavu imunologie a Neurologické kliniky 2. LF UK a FN Motol při podezření na autoimunitní encefalitidu nebo chronické neurologické onemocnění sdružené se specifickými autoproti látkami. K vyšetření je vhodné zaslat párový vzorek séra a likvoru, označené štítkem se jménem a rodným číslem pacienta, datem odběru vzorku, zřetelným označením druhu vzorku ("sérum", "likvor") a číslem odbornosti.

Adresa pro zaslání vzorků: Likvorologická laboratoř Ústavu imunologie a Neurologické kliniky 2. LF UK a FN Motol, Neurologická klinika 2. LF UK a FN Motol, V Úvalu 84, 150 06 Praha 6

Případné dotazy stran indikace a rozsahu vyšetření směrujte na e-mailovou adresu neuroimunologie@fnmotol.cz, případně telefonicky na MUDr. Martina Elišáka, Ph.D. (777 618 895)

Dotazy ohledně technického provedení vyšetření směrujte na RNDr. Jitku Hanzalovou (22443 6870, 6871, jitka.hanzalova@fnmotol.cz)

*Povinné pole

A. Základní údaje

1. Ošetřující/žádající lékař: *

2. Telefon a email ke komunikaci výsledků:

3. Název pracoviště: *

4. IČP odesílajícího pracoviště: *

5. Odbornost: *

6. Příjmení a jméno pacienta: *

7. Rodné číslo pacienta: *

8. Číslo pojišťovny: *

B. Požadované vyšetření

Screening při podezření na autoimunitní encefalitidu zahrnuje:

1) v séru "PNP + GAD": panel protilátek proti intracelulárním antigenům metodou line blot (anti-Hu, -Yo, -Ri, -Ma2/Ta, -CV2/CRMP5, -amphiphysin, -Zic4, -Tr, -SOX1, -titin, -recoverin, -PKC γ včetně vyšetření protilátek proti glutamát dekarboxyláze (GAD),

2) v séru "Autoimmune encephalitis mosaic -- LE mozaika": panel protilátek proti membránovým a synaptickým antigenům metodou nepřímé imunofluorescence (anti -NMDAR, -AMPA1/2, -GABABR, -LGI1, -CASPR2),

3) v likvoru "anti-NMDAR": Protilátky proti NMDA receptorům metodou nepřímé imunofluorescence.

9. Zaškrtněte požadované vyšetření: *

Zaškrtněte všechny platné možnosti.

Screening při podezření na autoimunitní encefalitidu ("PNP + GAD" a "LE mozaika" v séru, anti-NMDAR v likvoru)

Podrobnější vyšetření včetně barvení na tkáňových řezech (nutno domluvit přes neuroimunologie@fnmotol.cz)

Jiné: _____

C. Základní klinické informace

10. Datum vzniku prvního příznaku (pokud není přesně známo, uveďte první den v měsíci):

Příklad: 7. ledna 2019

11. Z následujících příznaků vyberte všechny, které byly dosud v průběhu onemocnění přítomny:

Zaškrtněte všechny platné možnosti.

- Kognitivní deficit
- Epileptické záchvaty
- Status epilepticus
- Psychiatrické příznaky
- Mozečkové příznaky
- Autonomní příznaky
- Extrapiramidové příznaky
- Poruchy spánku
- Endokrinní a metabolické příznaky

Jiné: _____

12. Známé onkologické onemocnění:

Označte jen jednu elipsu.

- Ano
- Ne
- Nevím

13. Známé jiné autoimunitní onemocnění:

Označte jen jednu elipsu.

- Ano
- Ne
- Nevím

14. Provedena MRI mozku?

Označte jen jednu elipsu.

Ano - poslána ePACsem do FN Motol

Ano - zatím ePACsem neodeslána

Ne

Jiné: _____

15. Datum vyšetření MRI mozku:

Příklad: 7. ledna 2019

16. Nález na MRI

Zaškrtněte všechny platné možnosti.

Normální nález

Abnormální nález

Jiné: _____

17. Provedeno vyšetření likvoru?

Označte jen jednu elipsu.

Ano

Ne

Jiné: _____

18. Datum vyšetření likvoru:

Příklad: 7. ledna 2019

19. Nález v mozkomíšním moku

Zaškrtněte všechny platné možnosti.

- Normální nález
- Hyperproteinorrhachie
- Pleocytóza
- Intrathekální syntéza výpočtem (IgG index)
- Oligoklonální pásy v likvoru

Jiné: _____

Obsah není vytvořen ani schválen Googlem.

Google Formuláře