

## 抗 MuSK 抗体・抗 LRP4 抗体の測定申込方法

- 検査は重症筋無力症及び、筋無力症症状を呈する症例の血清を対象としております。他の疾患の場合、測定を申し込む検体が血清以外の場合に関しては、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。
- 「急性期加療前の血清」を用意されることをお勧めします。
- 申込書記載の上、下記を揃えて検体をお送り下さい(発送時には配送業者の伝票記入欄に「月～金の午前中着」とご指定ください)。

1. 凍結血清 100 $\mu$ 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 程度のスクリー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と患者 ID(氏名をカタカナ表記等)を必ずご記入下さい。
  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。

- 検査結果は測定申込書に記載されたアドレス宛に電子メールにてお知らせ致します。
- 測定結果については、検体が到着より3週間以内に報告できるよう善処致します。その期限を超えて検査結果の通知が遅れている場合には下記の問い合わせ窓口までご連絡ください。
- 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明瞭なローマ字にてご記入ください。**

### 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:樋口 理

E-mail: [cru.kawatana@gmail.com](mailto:cru.kawatana@gmail.com)