

Identificación paciente		Centro de procedencia	
Nombre:		Nombre:	Sello autorización centro petionario:
Apellidos:		Dirección:	
Fecha de nacimiento: / / (____ años)		Servicio:	
Orientación diagnóstica:		Médico solicitante:	
		Teléfono de contacto:	
		Dirección electrónica donde enviar el resultado:	

Muestra requerida para cada determinación entre paréntesis. ⁽¹⁾ Mínimo 400 uL ⁽²⁾ Se requiere resumen de la historia clínica ⁽³⁾ Se requiere la muestra de un control

AUTOINMUNIDAD

- Autoanticuerpos/factores solubles relacionados con síndromes neuromusculares

- a-Receptor Acetilcolina/RACH (suero)
 a-kinasa de músculo/MUSK (suero)
 a-LRP4 (suero)
 a-Canales de Calcio (suero)
 a-Cortactina (suero)
 GDF-15 (suero)

- Autoanticuerpos relacionados con síndromes neurológicos

- a-Gangliósidos (suero)
 a-Gangliósidos (LCR) ⁽¹⁾
 a-MAG (suero)
 a-Neurofascina 140/NF140 (suero)
 a-Neurofascina 155/NF155 (suero)
 a-Neurofascina 186/NF186 (suero)
 a-Contactina/CNTN1 (suero)
 a-CASPR1 (suero)
 a-CASPR2 (suero)
 perfil antinodal-paranodal: incluye NF140, NF155, NF186, CASPR1 y CNTN1 (suero)
 a-MOG (suero)

- Autoanticuerpos relacionados con miopatías

- a-MDA5/CADM 140 (suero)
 a-TIF1-gamma/p155 (suero)
 a-HMGCo Reductasa (suero)
 a-sintetasas por inmunoprecipitación (suero) ⁽²⁾
 a-CN1A/MUP44 (suero)

- Otras determinaciones

- anti-anhidrasa carbónica (suero)
 anti-piel separada (suero)
 KL6 mucina (suero)
 Estudio disferlina monocitos (sangre CPT) ⁽³⁾
Llegar al laboratorio antes de pasadas 24h desde la extracción y no solicitar ni viernes ni vísperas de festivos.

HLA Y TRASPLANTE

- HLA alta resolución: HLA-A, B, C, DRB1, DQB, DPB (sangre EDTA)
 KIR (trasplante haploidentico)

IMMUNOQUÍMICA

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bandas oligoclonales IgG en LCR (LCR y suero) | <input type="checkbox"/> C1 inhibidor funcional (plasma citrato) |
| <input type="checkbox"/> Bandas oligoclonales IgM en LCR (LCR y suero) | <input type="checkbox"/> Cadenas ligeras Kappa y Lambda libres (suero) |
| <input type="checkbox"/> T-SPOT (sangre heparina) Llegar al laboratorio antes de las 10:00 y no solicitar ni viernes ni vísperas de festivos. | |




OTROS (a especificar)

Este impreso tiene finalidad asistencial. La facturación de los costes se ajustará a las condiciones particulares pactadas.

Los resultados se enviarán a la dirección electrónica que vuestro centro nos ha facilitado, o se podrán visualizar vía Web.

Contacto: Telf. Directo: 93 5537265 e-mail: tillanes@santpau.cat / secrelab@santpau.cat / inmunologia@santpau.cat

Condiciones generales de transporte y conservación de la muestra:

-  **L.C.R. : Congelado**
-  **Suero: Congelado o refrigerado**
-  **Sangre: Temperatura ambiente**

Las muestras deben llegar a la recepción del laboratorio antes de las 14:00 horas.