

LABORATORIO DI PATOLOGIA NEUROMUSCOLARE e NEUROIMMUNOLOGIA: RICHIESTA ANALISI	IRCCS ISNB Mod.01.P.8.5 LabNM1
--	---

DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE		Sesso: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Cognome:	Nome:	
Data di nascita:	Luogo di nascita:	Prov:
Indirizzo di residenza:		
Codice fiscale:	Telefono:	

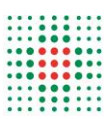
DATI ANAGRAFICI DEL MEDICO RICHIEDENTE		
Cognome e Nome:		
Struttura di appartenenza:		
Indirizzo:		
Reparto:	<input type="checkbox"/> Degenza Ordinaria <input type="checkbox"/> DH <input type="checkbox"/> DS <input type="checkbox"/> USC	Tel.: Fax:
Cognome e nome del medico in formazione specialistica:		

SOSPETTO DIAGNOSTICO:
<i>(N.B. per la biopsia muscolare specificare sempre se vie è sospetto di miopatia infiammatoria)</i>
BREVI INFORMAZIONI CLINICHE (per analisi immunologiche allegare relazione clinica):

MATERIALE BIOLOGICO INVIATO							
<i>N.B. a seconda del materiale inviato compilare la relativa tabella di richiesta analisi</i>							
	Tessuto	Orario prelievo	Sigla		Tessuto	Orario prelievo	Sigla
<input type="checkbox"/>	Muscolo			<input type="checkbox"/>	Liquor		
<input type="checkbox"/>	Cute			<input type="checkbox"/>	Siero		
<input type="checkbox"/>	Sangue			<input type="checkbox"/>	Plasma		
<input type="checkbox"/>	Altro(specificare)						
Orario consegna in Laboratorio							
Sigla operatore Punto Accettazione				Codice Paziente PUA:			

<input type="checkbox"/> Analisi diagnostiche esterne (indicare materiale da spedire e allegare documentazione):
<input type="checkbox"/> Campione per progetto di ricerca approvato da C.E. (nome progetto):

ANALISI BIOPSIA MUSCOLARE	Data del prelievo:	Sede del prelievo:
	<input type="checkbox"/> Analisi istologica/istoenzimatica: <input type="checkbox"/> Routine <input type="checkbox"/> Miofosforilasi <input type="checkbox"/> altro (specificare):	
	<input type="checkbox"/> Analisi in immunofluorescenza: <input type="checkbox"/> HLA <input type="checkbox"/> MAC <input type="checkbox"/> Distrofina <input type="checkbox"/> Sarcoglicani <input type="checkbox"/> Caveolina 3 <input type="checkbox"/> Merosina <input type="checkbox"/> α -Distroglicano <input type="checkbox"/> Emerina <input type="checkbox"/> Collagene VI <input type="checkbox"/> altro (specificare):	
	<input type="checkbox"/> Western blotting: <input type="checkbox"/> Distrofina <input type="checkbox"/> Disferlina <input type="checkbox"/> Calpaina <input type="checkbox"/> altro (specificare):	
	<input type="checkbox"/> Generazione linea cellulare di mioblasti	



LABORATORIO DI PATOLOGIA NEUROMUSCOLARE e NEUROIMMUNOLOGIA: RICHIESTA ANALISI	IRCCS ISNB Mod.01.P.8.5 LabNM1
--	---

ANALISI BIOPSIA CUTANEA	Data del prelievo:	Sede del prelievo (<u>indicare il numero di prelievi per ogni sito</u>): Gamba Coscia: Cervicale: Altre sedi:
	<input type="checkbox"/> Analisi innervazione in immunofluorescenza <input type="checkbox"/> Analisi biomarcatori in immunofluorescenza: <input type="checkbox"/> α -Sinucleina fosforilata <input type="checkbox"/> Gb3 <input type="checkbox"/> Altre analisi: <input type="checkbox"/> Generazione linea cellulare fibroblasti	

ANALISI NEUROIMMUNOLOGICHE	Data del prelievo (<i>specificare se diversa</i>): sangue liquor	Data di invio
	Immunoterapia: <input type="checkbox"/> precedente al prelievo <input type="checkbox"/> concomitante al prelievo <input type="checkbox"/> No Se risposa affermativa: <input type="checkbox"/> Steroidi <input type="checkbox"/> Ivlg <input type="checkbox"/> Altro: Data terapia:	
	<input type="checkbox"/> Anticorpi anti antigeni neuronali di superficie - encefaliti autoimmuni(NMDAR, LGI1, CASPR2, AMPAR 1-2, GABABR, antigeni non noti), <input type="checkbox"/> Anticorpi anti GABAAR <input type="checkbox"/> Anticorpi anti DPPX <input type="checkbox"/> Anticorpi anti GlyR <input type="checkbox"/> Anticorpi anti IgLON5 <input type="checkbox"/> Anticorpi anti D2R <input type="checkbox"/> Anticorpi per NMO <input type="checkbox"/> Altre analisi (da concordare):	
	DATI CLINICI NEUROIMMUNOLOGIA (N.B. da compilare sempre) Data esordio sintomi: Esordio: Acuto/subacuto (<3 mesi) <input type="checkbox"/> Cronico <input type="checkbox"/> Fase acuta di malattia: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tumore: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Precedenti/concomitanti positività anticorpali: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si MANIFESTAZIONI CLINICHE <input type="checkbox"/> Disturbi mnesici <input type="checkbox"/> Cambio di personalità <input type="checkbox"/> Altri disturbi cognitivi <input type="checkbox"/> Disturbi psichiatrici <input type="checkbox"/> Psicosi <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/> Disturbo di coscienza <input type="checkbox"/> Crisi epilettiche: focali <input type="checkbox"/> generalizzate <input type="checkbox"/> stato di male <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Discinesie <input type="checkbox"/> Dystonia <input type="checkbox"/> Parkinsonismo <input type="checkbox"/> Altri disturbi del movimento <input type="checkbox"/> Atassia centrale <input type="checkbox"/> Oftalmoplegia <input type="checkbox"/> Opsocloni <input type="checkbox"/> Ipersonnia <input type="checkbox"/> Insonnia <input type="checkbox"/> RBD <input type="checkbox"/> Disturbi respiratori in sonno <input type="checkbox"/> Neuromiotonia <input type="checkbox"/> Sindrome crampi/fascicolazioni <input type="checkbox"/> Iposodiemia <input type="checkbox"/> Disautonomia <input type="checkbox"/> Ipoventilazione centrale <input type="checkbox"/> Stiff person syndrome: senza <input type="checkbox"/> con <input type="checkbox"/> coinvolgimento del tronco encefalo DATI RMN Alterazioni limbiche <input type="checkbox"/> mono/ <input type="checkbox"/> bilaterali <input type="checkbox"/> Alterazioni multifocali bianca/grigia <input type="checkbox"/> Normale ESAMI LIQUORALI <input type="checkbox"/> Pleiocitosi liquorale <input type="checkbox"/> Bande oligoclonali esclusivamente liquorali <input type="checkbox"/> Normali	

Data

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO RICHIEDENTE