

Institut für Neuropathologie

Direktorin: Prof. Dr. med. C. Stadelmann-Nessler

Robert-Koch-Str. 40, 37075 Göttingen
Tel.: +49 551 39-67575
Eingangslabor: +49 551 39-8473
Befundanfragen: +49 551 39-67574
Fax: +49 551 39-8472

www.neuropathologie.med.uni-goettingen.de

Eingangslabor: Raum 2.D1-240

von Neuropathologie auszufüllen

Eingangs-Nr. **B** _____

Eingangsdatum _____

BITTE VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN !

Entnahmedatum: _____

Anzahl eingesandte Gefäße o. Proben: _____

Patienten-Daten (bzw. Aufkleber):

Name, Vorname

Geburtsdatum

Kostenträger bitte ankreuzen: stationär ambulant (Überweisungsschein beifügen!) Privatpatient

Anforderung zur Bestimmung von anti-Myelin-Oligodendrozyten-Glykoprotein (MOG) und/oder anti-Aquaporin-4 (AQP4) Antikörpern mittels zellbasierter Assays

Anti-MOG Antikörper

Anti-Aquaporin-4 Antikörper

Versandinformationen: Bitte senden Sie etwa 3ml Serum (wenn möglich abzentrifugiert) oder 0,5ml Liquor bei Raumtemperatur in einem Behälter mit auslaufsicherem Schraubverschluss an die oben genannte Versandadresse. Bitte versenden Sie die Proben nur von Montag bis Donnerstag.

Klinische Angaben:

Läsionsverteilung	
N. optikus	<input type="checkbox"/>
Schwer betroffen	<input type="checkbox"/>
Beidseits betroffen	<input type="checkbox"/>
Corpus callosum/periventriculär	<input type="checkbox"/>
Kleinhirn/Hirnstamm	<input type="checkbox"/>
Spinal	<input type="checkbox"/>
Spinal langstreckig	<input type="checkbox"/>
Liquor	
Unauffällig	<input type="checkbox"/>
Mononukleäre Pleozytose	<input type="checkbox"/>
Granulozyten	<input type="checkbox"/>
Oligoklonale Banden	<input type="checkbox"/>
Kein Liquor vorhanden	<input type="checkbox"/>

Verlauf	
Einmaliges Ereignis	<input type="checkbox"/>
Schubförmig	<input type="checkbox"/>
Progredient	<input type="checkbox"/>
Therapie	
Steroide	<input type="checkbox"/>
Plasmapherese/Immunadsorption	<input type="checkbox"/>
Interferon/ Glatiramerazetat	<input type="checkbox"/>
Fingolimod (Gilenya™)	<input type="checkbox"/>
Natalizumab (Tysabri™)	<input type="checkbox"/>
Rituximab (Rituxan™)	<input type="checkbox"/>
Ocrelizumab (Ocrevus™)	<input type="checkbox"/>
BG-12 (Tecfidera™)	<input type="checkbox"/>
Teriflunomid (Aubagio™)	<input type="checkbox"/>
Alemtuzumab (Lemtrada™)	<input type="checkbox"/>

Azathioprin/Cyclophosphamid	<input type="checkbox"/>
Keine	<input type="checkbox"/>
Klinische Verdachtsdiagnose	
Multiple Sklerose	<input type="checkbox"/>
NMO-SD	<input type="checkbox"/>
ADEM	<input type="checkbox"/>
Unklar	<input type="checkbox"/>
Besonderheiten	
	<input type="checkbox"/>

Einsenderstempel (bitte komplette Adresse!):

Station: _____

Einsender/Kontaktperson (bitte lesbar!):

Pieper: _____ Telefon: _____

Fax für Befundübermittlung: _____

Unterschrift: _____

Hinweis: In einzelnen Fällen wird vom Institut für Neuropathologie selbstständig ein Konsil von einem Referenzzentrum erbeten. Der Einsender wird im Begutachtungsbericht über die Konsilanforderung und das ausgewählte Referenzzentrum informiert. Sofern Einsender oder Patient der Konsilanforderung nicht widersprechen, stimmen sie der Datenweitergabe an das Referenzzentrum zu.