

Anforderungs- und Befundbogen Anti-Gangliosid- und Anti-MAG Antikörpertests

Institut für Klinische Chemie / Zentrallaboratorien
Zentrum für Klinisch-Theoretische Medizin
Prof. Dr. C. Wagener
Universitätsklinikum Eppendorf
Martinistr. 52
20246 Hamburg

Tel: 040-42803-2998
Fax: 040-42803-8070

Patient: _____

Proben-Nr: _____

Verlaufskontrolle: ja

Arzt: _____

nein

Tel.: _____

Diagnose: _____

Entnahmedatum: _____

Eingangsdatum: _____

Spezielle Fragestellung: _____

Anforderung / Ergebnisse:

IgG

IgM

<p>Anti-GD 1b</p> <p style="text-align: right;">Cut-Off: erhöht, Kontrolle empfohlen: stark erhöht</p>	<p><input type="checkbox"/> _____</p> <p style="text-align: center;">1000 U/ml 1000 - 3600 U/ml > 3600 U/ml</p>	<p><input type="checkbox"/> _____</p> <p style="text-align: center;">1000 U/ml 1000 - 1600 U/ml > 1600 U/ml</p>
<p>Anti-GM 1</p> <p style="text-align: right;">Cut-Off: erhöht, Kontrolle empfohlen: stark erhöht:</p>	<p><input type="checkbox"/> _____</p> <p style="text-align: center;">800 U/ml 800 - 3400 U/ml > 3400 U/ml</p>	<p><input type="checkbox"/> _____</p> <p style="text-align: center;">800 U/ml 800 - 1700 U/ml > 1700 U/ml</p>
<p>Anti-GQ 1b</p> <p style="text-align: right;">Cut-Off:</p>	<p><input type="checkbox"/> _____</p> <p style="text-align: center;">800 U/ml</p>	<p style="text-align: center;">—</p>
<p>Anti-MAG</p> <p style="text-align: right;">Cut-Off:</p>	<p style="text-align: center;">—</p>	<p><input type="checkbox"/> _____</p> <p style="text-align: center;">1.000 U/ml</p>

Beurteilung: _____

Hamburg, den _____

Unterschrift