

Žádanka o vyšetření protilátek při klinickém podezření na autoimunitní encefalitidu a další onemocnění sdružená s antineurálními protilátkami

Tento formulář slouží jako Žádanka k vyšetření autoproti látek v Likvorologické laboratoři Ústavu imunologie a Neurologické kliniky 2. LF UK a FN Motol při podezření na autoimunitní encefalitidu nebo chronické neurologické onemocnění sdružené se specifickými autoproti látkami. K vyšetření je vhodné zaslat párový vzorek séra a likvoru, označené štítkem se jménem a rodným číslem pacienta, datem odběru vzorku, zřetelným označením druhu vzorku ("sérum", "likvor") a číslem odbornosti.

Adresa pro zaslání vzorků: Likvorologická laboratoř Ústavu imunologie a Neurologické kliniky 2. LF UK a FN Motol, Neurologická klinika 2. LF UK a FN Motol, V Úvalu 84, 150 06 Praha 6

Případné dotazy stran indikace a rozsahu vyšetření směrujte na e-mailovou adresu neuroimunologie@fnmotol.cz, případně telefonicky na MUDr. Martina Elišáka, Ph.D. (777 618 895) nebo MUDr. Hanu Mojžišovou, Ph.D. (720 816 881)

Dotazy ohledně technického provedení vyšetření směrujte na RNDr. Jitku Hanzalovou (22443 6870, 6871, jitka.hanzalova@fnmotol.cz)

***Povinné pole**

A. Základní údaje

1. Ošetřující/žádající lékař: *

2. Telefon a email ke komunikaci výsledků:

3. Název pracoviště: *

4. IČP odesílajícího pracoviště: *

5. Odbornost: *

6. Příjmení a jméno pacienta: *

7. Rodné číslo pacienta: *

8. Číslo pojišťovny: *

B. Požadované vyšetření

Screening při podezření na autoimunitní encefalitidu zahrnuje: 1) v séru "PNP + GAD": panel protilátek proti onkoneurálním antigenům metodou Western blot (anti-Hu, -Yo, -Ri, -Ma2/Ta, -CV2/CRMP5, -amphiphysin) spolu se screeningem protilátek proti glutamát dekarboxyláze (GAD), 2) v séru "Autoimmun encephalitis mosaic -- LE mozaika": panel protilátek proti membránovým a synaptickým antigenům metodou nepřímé imunofluorescence (anti -NMDAR, -AMPA1/2, -GABABR, -LGI1, -CASPR2), 3) v likvoru "anti-NMDAR": Protilátky proti NMDA receptorům metodou nepřímé imunofluorescence.

9. Zaškrtněte požadované vyšetření: *

Zaškrtněte všechny platné možnosti.

Screening při podezření na autoimunitní encefalitidu ("PNP + GAD" a "LE mozaika" v séru, anti-NMDAR v likvoru)

Podrobnější vyšetření včetně barvení na tkáňových řezech (nutno domluvit přes neuroimunologie@fnmotol.cz)

Jiné: _____

C. Základní klinické informace

10. Datum vzniku prvního příznaku (pokud není přesně známo, uveďte první den v měsíci):

Příklad: 7. ledna 2019

11. Z následujících příznaků vyberte všechny, které byly dosud v průběhu onemocnění přítomny:

Zaškrtněte všechny platné možnosti.

- Kognitivní deficit
- Epileptické záchvaty
- Status epilepticus
- Psychiatrické příznaky
- Mozečkové příznaky
- Autonomní příznaky
- Extrapyramidové příznaky
- Poruchy spánku
- Endokrinní a metabolické příznaky

Jiné: _____

12. Známé onkologické onemocnění:

Označte jen jednu elipsu.

- Ano
- Ne
- Nevím

13. Známé jiné autoimunitní onemocnění:

Označte jen jednu elipsu.

- Ano
- Ne
- Nevím

14. Provedena MRI mozku?

Označte jen jednu elipsu.

- Ano - poslána ePACsem do FN Motol
- Ano - zatím ePACsem neodeslána
- Ne
- Jiné: _____

15. Datum vyšetření MRI mozku:

Příklad: 7. ledna 2019

16. Nález na MRI

Zaškrtněte všechny platné možnosti.

- Normální nález
- Abnormální nález
- Jiné: _____

17. Provedeno vyšetření likvoru?

Označte jen jednu elipsu.

- Ano
- Ne
- Jiné: _____

18. Datum vyšetření likvoru:

Příklad: 7. ledna 2019

19. Nález v mozkomíšním moku

Zaškrtněte všechny platné možnosti.

- Normální nález
- Hyperproteinorrhachie
- Pleocytóza
- Intrathekální syntéza výpočtem (IgG index)
- Oligoklonální pásy v likvoru

Jiné: _____

Obsah není vytvořen ani schválen Googlem.

Google Formuláře



Neurologická klinika

2. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnice v Motole

Přednosta: prof. MUDr. Petr Marusič, Ph.D.

V Úvalu 84, Praha 5, 150 06, tel. 224 436 801, fax: 224 436 820, neurologie@fnmotol.cz



Informovaný souhlas se zpracováním vzorků, anamnestických dat a výsledků z dříve provedených vyšetření

Pacient:

Datum narození:

Vážená paní/Vážený pane,

neurologická onemocnění mohou vznikat na podkladě autoimunitního zánětu. To je typ zánětu, kdy imunitní systém míří svou reakci proti vlastním součástem těla - například proti mozkové tkáni, míše, či periferním nervům.

Na základě průběhu Vašeho onemocnění a dosud provedených vyšetření pro které jste či byl/a vyšetřován/a, má Váš ošetřující lékař podezření na možnost probíhajícího autoimunitního zánětu nervového systému. V rámci standardních vyšetření v naší Likvorové laboratoři či v jiných laboratořích zaměřených na diagnostiku z mozkomíšního moku je Váš vzorek krve či mozkomíšního moku vyšetřován na přítomnost protilátek namířených proti nervovému systému.

Cílem projektu je rozšířit možnosti diagnostiky a tím v některých případech upřesnit léčbu a prognózu.

Zpracováním Vašich dat a speciálním vyšetřením vzorků krve a mozkomíšního moku, které jsou odeslány do Likvorové laboratoře Ústavu imunologie 2. LF UK a FN Motol, je větší šance nalezení specifických protilátek proti nervové tkáni. Toto specializované vyšetření se běžně provádí v zahraničních laboratořích zaměřených na diagnostiku autoimunitních neurologických onemocnění, v České republice je zatím možné toto provádět jen v rámci výzkumu.

Specializované vyšetření slouží k: 1) potvrzení či vyloučení nejistého nálezu protilátek při využití standardně zavedených metod, 2) hledání vzácných protilátek, které nejsou standardně vyšetřovány.

V rámci studie budou zpracovávány Vaše dříve odebrané vzorky, nebude tedy nutnost žádných dalších odběrů či vyšetření. V rámci studie budou dále zpracovány Vaše osobní údaje (pohlaví, věk, anamnéza), průběh Vašeho onemocnění a výsledky dříve provedených



Neurologická klinika

2. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnice v Motole

Přednosta: prof. MUDr. Petr Marusič, Ph.D.

V Úvalu 84, Praha 5, 150 06, tel. 224 436 801, fax: 224 436 820, neurologie@fnmotol.cz



vyšetření (magnetické rezonance, krevních odběrů, vyšetření mozkomíšního moku, elektroencefalografie), které jste v minulosti podstoupil/a.

Podpisem tohoto formuláře souhlasíte se zařazením do výzkumného projektu. Zpracování a porovnání dat proběhne v souladu s platnými předpisy o využití informací týkajících se zdravotního stavu pacientů v lékařském výzkumu, včetně anonymní prezentace výsledků vyšetření na lékařských kongresech a v odborném tisku.

Přečetl/a jsem a porozuměl/a výše uvedené informaci o studii. Měl/a jsem dostatek času na rozmyšlenou a možnost klást doplňující dotazy. Potvrzuji, že souhlasím s účastí.

Jméno a příjmení pacienta (případně zákonného zástupce):

Dne:

Podpis:

Jméno a příjmení osoby odebírající souhlas:

Dne:

Podpis: