

檢體編號：(實驗室人員填寫)

報告單號：(實驗室人員填寫)

【請務必將下方粗框內各項欄位填寫詳實並簽屬同意聲明，攸關送檢權益及後續報告寄送】

醫院：_____ 科別：_____ 主治醫師：_____

聯絡醫師姓名：	聯絡醫師電話：	e-mail：
---------	---------	---------

報告寄送醫院地址：

Comments (diagnosis, presumptive diagnosis, medication, major results, etc.):

病患資料	中文姓名	病歷號碼	檢體類型： <input type="checkbox"/> 血清 <input type="checkbox"/> 其他_____	
	英文姓名(請填寫與護照相同)	出生日期(請填寫西元)	採檢日期：_____年_____月_____日	
	電子郵件信箱(e-mail)	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	紙本報告寄送地址			

此檢測為**自費**項目，病人本人或家屬已悉知**檢測項目與次頁送檢須知**，同意進行檢測；並且同意因報告發送需要，必須合理使用以上送檢資訊。檢測費用合計_____元(請依下表勾選項目之費用加總)

病人或家屬簽署/日期：_____ 收檢人員/時間：_____

【請勾選☑下方檢測項目】

送檢時請將本頁正本置於檢體袋，可自行複印本頁留存

Paraneoplastic Neurol. Syndrome	Further Parameters	Research Parameters
檢體/方法/頻率：血清/IFA/Daily(Mon-Fri) <input type="checkbox"/> Amphiphysin <input type="checkbox"/> Ma(Ta) <input type="checkbox"/> Hu(ANNA-1) <input type="checkbox"/> Ri(ANNA-2) <input type="checkbox"/> ANNA-3 <input type="checkbox"/> Yo(PCA-1) <input type="checkbox"/> PCA-2 <input type="checkbox"/> Zic4 <input type="checkbox"/> GAD65 kDa <input type="checkbox"/> Tr(DNER) <input type="checkbox"/> IgLON5 <input type="checkbox"/> AGNA 檢體/方法/頻率：血清/RIA/Weekly <input type="checkbox"/> VGKC	檢體/方法/頻率：血清/IFA/Daily(Mon-Fri) <input type="checkbox"/> Glycine receptors <input type="checkbox"/> Myelin <input type="checkbox"/> MBP <input type="checkbox"/> GFAP <input type="checkbox"/> astrocytes <input type="checkbox"/> Plexus myentericus <hr/> Skeletal Muscle 檢體/方法/頻率：血清/RIA/Biweekly <input type="checkbox"/> VGCC PQ-type	檢體/方法/頻率：血清/IFA/Daily(Mon-Fri) <input type="checkbox"/> AT1A3 <input type="checkbox"/> contactin1 <input type="checkbox"/> dop. rec. 2 (DRD2) <input type="checkbox"/> ERC1 <input type="checkbox"/> flotillin <input type="checkbox"/> GABAα receptors <input type="checkbox"/> GluRD2 <input type="checkbox"/> Homer3 <input type="checkbox"/> KCNA2 <input type="checkbox"/> mGluR1 <input type="checkbox"/> mGluR5 <input type="checkbox"/> neurexin <input type="checkbox"/> neurochondrin <input type="checkbox"/> neurofascin (NF155/NF186) <input type="checkbox"/> RhoGTPase-activating protein 26

送檢費用計算表 (僅限 單一檢體且單次寄送)

檢測項目勾選數	1	2	3	4	5	6 項以上
費用(NTD)	20,000	25,000	30,000	34,000	38,000	另洽

【離心後的血清檢體以每項目 1.5ml 為基本量，依此類推】

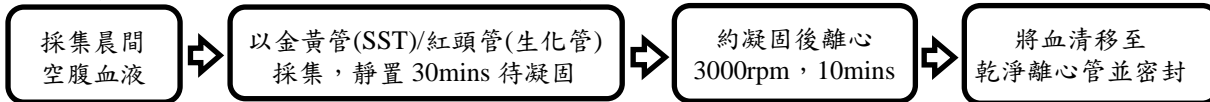
因檢測將送至德國 Prof. Dr. med. Winfried Stöcker Clinical Immunological Laboratory 執行，本實驗室確定收到檢測費用後，才會將檢體寄至德國實驗室進行檢測！

電子檔報告需 14 至 21 個工作天，紙本報告需 30 至 45 個工作天。

送檢須知及繳款方式於次頁，請詳閱

【送檢須知】

❖ 血清檢體採集及處理：【離心後的血清檢體以每項目 1.5ml 為基本量，依此類推】



❖ 尚未送檢前，檢體保存方式：

1. 若採集後 2 天內送檢，血清檢體請置於 2°C 至 8°C 溫度條件冷藏存放。
2. 若採集後大於 2 天以上送檢，血清請置於 -20°C 溫度條件冷凍存放。

❖ 原始檢體標示原則：

1. 不論是手寫或列印之貼紙或條碼，內容應包含但不限於下列資訊：(a)病患姓名 (b)生日 (c)病歷號 (d)採檢日期及時間(有需要時)。
2. 原始檢體採檢後應立即加以標示，可行時應請病人確認標示內容的正確性。

❖ 送檢方式：

1. 採集檢體前，請於至少一日前聯絡華宇分生實驗室安排收檢。填寫送檢單後與前處理完成之檢體交付收檢人員。
2. 以物流方式寄件者，需將前處理完成之檢體確實密封後，以該檢體儲存溫度條件寄送至華宇分生實驗室。
3. 假日及國定假日不收檢；遇國定假日或實驗室服務暫停公告，檢測時間順延一週。

❖ 注意事項〔請務必詳閱〕：

1. 檢體與送檢單送達華宇分生實驗室確認內容無誤後並完成匯款，該檢測案件才會安排寄送海外實驗室。
2. 檢測可能發生檢體品質不佳（如血清有溶血或脂血的情形、檢體量不足、儲存及運送條件不良等）導致無法正確檢測，為確保檢測之準確性必須重新採集檢體；若重新採檢恐有延誤報告出具，本實驗室不為此負擔延誤之責。
3. 本實驗室出具之報告僅供參考，不構成任何醫療建議，故檢驗報告單不為臨床診斷或治療依據，醫療人員對於所有醫療行為負有最終責任；本實驗室不會對任何自然人、法人、機構，直接或間接使用檢驗報告單而造成之任何結果提供任何法律上之責任。
4. 本實驗室對檢測所提供的內容負責，同時保留對報告內容的說明、解釋、更新的權利。
5. 若由於其他不可抗力之因素（如重大節日、物流因素、天災等）造成待測檢體或報告延遲寄達，本實驗室不承擔由此產生之責。

【繳款方式】

方式 1：自動櫃員機(ATM)繳款

可利用銀行金融卡，在具有轉帳功能的自動櫃員機(ATM)，轉帳繳交檢測費用，操作方式如下：

1. 插入金融卡輸入密碼
2. 選擇轉帳
3. 輸入銀行代號 812 (台新銀行)
4. 輸入帳號 2068-010017082-8
5. 輸入轉帳金額

* 轉帳完成後請來電告知帳號末 5 碼和金額，以便確認是否收到款項。

* 因金融卡有轉帳金額上限，如需分別繳款，請告知各卡的末 5 碼和金額。

方式 2：臨櫃繳款

可至各金融機構採跨行匯款方式，填寫【跨行匯款單】；若是至台新銀行臨櫃辦理則可填寫【存入憑條】或【國內匯款申請書】。需填列之資訊如下：

台新銀行建北分行

(銀行與分行代號：812-0687)

帳號 2068-010017082-8

戶名 華宇藥品股份有限公司

填寫金額、匯款人姓名

* 繳款完成後請來電告知匯款人姓名和金額，以便確認是否收到款項。

電話：02-2658-2577 分機 242/ 243/ 252/ 253 (上班時間：09:00~12:30、13:30~17:30)

地址：11494 臺北市內湖區舊宗路二段 171 巷 17 號 3 樓

電子信箱：up.mblab@uni-pharma.com