

檢體編號：(實驗室人員填寫)

報告單號：(實驗室人員填寫)

醫院：_____ 科別：_____ 主治醫師：_____ 採檢日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日

病人姓名	病歷號碼	病人連絡電話：
		報告及發票寄送地址：
出生日期	聯絡醫師姓名：	聯絡醫師電話：
性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日	報告寄送醫院地址：
備註 (如：e-mail)		

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)

*檢測項目取得 ISO/IEC 17025 認證資格者以*標示，未以*標示者不在認證資格範圍內

病人或家屬簽署：_____ 日期：_____ 收檢人員/時間：_____

以正楷書寫上方送檢資訊，並勾選☐下方項目，務必確認各項欄位內容是否正確，俾利於本實驗室報告製作與發票開立

Test ID	檢測項目	上機時間	NTS
NMOSD (cell-based) [檢體類型：血清1管]			
IIFT 01	<input type="checkbox"/> anti-AQP4	週二	4,000
IIFT 09	<input type="checkbox"/> anti-AQP4 (titer)		6,000
IIFT 06	<input type="checkbox"/> anti-MOG		7,000
IIFT 07	<input type="checkbox"/> anti-MOG (titer)		9,000
IIFT 03	<input type="checkbox"/> NMOSD Screen*		9,000
NMOSD檢測2項抗體：AQP4, MOG			
Polyneuropathies [檢體類型：血清1管]			
Blot 01	<input type="checkbox"/> Polyneuropathies IgG	週二	5,500
Blot 02	<input type="checkbox"/> Polyneuropathies IgM		5,500
組合01	<input type="checkbox"/> Polyneuropathies IgG+IgM [血清1管]		9,000
Polyneuropathies 檢測7項anti-ganglioside：GM1, GM2, GM3, GD1a, GD1b, GT1b, GQ1b			
IIFT 04	<input type="checkbox"/> anti-MAG (tissue based)	週三	4,000
Limbic Encephalitis (cell-based)			
IIFT 02	<input type="checkbox"/> LE [血清1管]*	週三	15,000
	<input type="checkbox"/> LE [CSF 1管]*		15,000
組合02	<input type="checkbox"/> LE[血清1管+CSF 1管]*		23,500
IIFT 05	<input type="checkbox"/> anti-DPPX [血清1管]		4,000
	<input type="checkbox"/> anti-DPPX [CSF 1管]		4,000
LE檢測6項抗體：NMDAR, AMPAR1, AMPAR2, CASPR2, LGI1, GABAβR			
Paraneoplastic Neurologic Syndrome			
Blot 03	<input type="checkbox"/> PNS [血清1管]*	週四	10,000
	<input type="checkbox"/> PNS [CSF 1管]	另洽	10,000
組合08	<input type="checkbox"/> PNS [血清+CSF]	另洽	18,000
PNS 檢測12項抗體：Amphiphysin, CV2, PNMA2 (Ma2/Ta), Ri, Yo, Hu, Recoverin, SOX1, Titin, Zic4, GAD65, Tr (DNER)			
Autoimmune Inflammatory Myopathies [檢體類型：血清1管]			
Blot 04	<input type="checkbox"/> Myopathies*	週四	8,000
AIM 檢測16項抗體：Ro-52, OJ, EJ, PL-12, PL-7, SRP, Jo-1, PM-Scl75, PM-Scl100, Ku, SAE1, NXP2, MDA5, TIF1γ, Mi-2β, Mi-2α			
Blot 05	<input type="checkbox"/> Myopathies 18	週四	10,000
AIM 檢測18項抗體：Ro-52, OJ, EJ, PL-12, PL-7, SRP, Jo-1, PM-Scl75, PM-Scl100, Ku, SAE1, NXP2, MDA5, TIF1γ, Mi-2β, Mi-2α, en-1A, HMGCRCR			

由本實驗室所執行的檢測服務，正式紙本報告及發票於完成所有檢測後的7個工作天內出具，並以掛號信寄出。

送檢須知及繳款方式於次頁，請務必詳閱

Test ID	檢測項目	NTS
Neurodegenerative Disease [各項檢測時間請來電洽詢]		
ELISA02	<input type="checkbox"/> anti-MuSK [血清1管]	6,000
其他檢測項目 [各項檢測時間請來電洽詢]		
ELISA01	<input type="checkbox"/> DR-70® [血清1管]*	另洽
PCR01	<input type="checkbox"/> JC viral load [CSF 1管] [CSF至少1cc, 檢體採集及運送請參考送檢需知]	12,000

多項檢測 組合選單 [各項檢測依其時間上機]		
組合01	<input type="checkbox"/> Polyneuropathies IgG+IgM [血清1管]	9,000
組合02	<input type="checkbox"/> LE[血清1管+CSF 1管]	23,500
組合03	<input type="checkbox"/> LE[血清 or CSF 1管] + PNS[S or C]	21,500
組合04	<input type="checkbox"/> LE[血清 or CSF 1管] + NMOSD[血清1管]	22,500
組合05	<input type="checkbox"/> LE[血清1管+CSF 1管] + PNS[S or C]	30,000
組合06	<input type="checkbox"/> LE[血清1管+CSF 1管]+NMOSD[血清1管]	34,000
組合07	<input type="checkbox"/> LE[血清 or CSF 1管]+anti-DPPX [血清 or CSF 1管]	18,000
組合08	<input type="checkbox"/> PNS [血清+CSF]	18,000
組合09	<input type="checkbox"/> LE[血清+CSF]+PNS [血清+CSF]	40,000

其他	檢測項目(與美國 Mayo Clinic 技術合作)	NTS
TR-01	<input type="checkbox"/> VEGF [EDTA 紫頭管]	另洽
TR-02	<input type="checkbox"/> MPO [血清]	另洽
TR-03	<input type="checkbox"/> PR3 [血清]	另洽
TR-04	<input type="checkbox"/> GBM [血清]	另洽
TR-05	<input type="checkbox"/> PLA2R [血清]	另洽
TR-06	<input type="checkbox"/> ADEVL [CSF]	另洽
TR-07	<input type="checkbox"/> ENS2 [血清]	另洽
	20項抗體：NMDA receptor, LGI1, CASPR2, AMPA receptor, GABA-B receptor, DPPX, mGluR1, PCA-Tr, IgLON5, ANNA-1 (anti-Hu), ANNA-2 (anti-Ri), ANNA-3, AGNA-1 (SOX1), PCA-1, PCA-2, CRMP-5(anti-CV2), Amphiphysin, GAD65, GFAP, NIF	
TR-08	<input type="checkbox"/> ENC2 [CSF]	另洽
	20項抗體：NMDA receptor, LGI1, CASPR2, AMPA receptor, GABA-B receptor, DPPX, mGluR1, PCA-Tr, IgLON5, ANNA-1 (anti-Hu), ANNA-2 (anti-Ri), ANNA-3, AGNA-1 (SOX1), PCA-1, PCA-2, CRMP-5(anti-CV2), Amphiphysin, GAD65, GFAP, NIF	

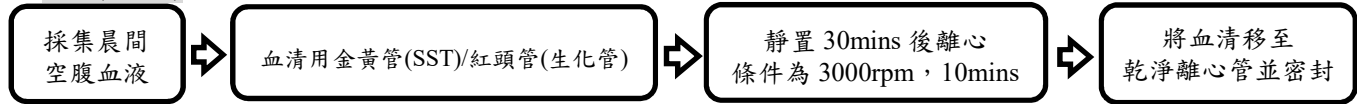
各項檢體採檢管使用說明：

血清(Serum)：使用SST管(金黃管)或生化管(紅頭管)

腦脊髓液(CSF)：使用乾淨的PP (Polypropylene) 離心管

【送檢須知】

❖ 血清(Serum)採集及處理：【離心後的檢體以每項目 1.5ml 為基本量，依此類推】



❖ 腦脊髓液(CSF)採集及處理：【請以 PP 材質離心管裝存 CSF】



❖ 尚未送檢前，離心後的血清檢體（請務必先離心），以及 CSF 檢體保存方式：

1. 若採集後 2 天內送檢，離心後的血清與 CSF，請置於 2~8°C 冷藏條件存放。
2. 若採集後大於 2 天以上送檢，離心後的血清與 CSF 請置於 -20°C 冷凍條件存放。

【註：若採集血清檢體後，無法提早聯絡送檢並執行離心前處理，請務必將檢體以 2~8°C 冷藏條件存放，勿冷凍！（請參考下方注意事項 2）】

❖ 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)病人姓名 (b)生日 (c)身份證號碼 (d)病歷號 (e)床號 (f)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。填寫本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. 檢體與送檢單最後接受時間為該項檢測前一日送達華宇分生實驗室並且完成匯款，逾時則延至次週上機檢測。
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. 若檢體不符合本實驗室檢體規範，經溝通說明後，客戶確定使用該檢體執行檢驗，本實驗室則不對此檢驗報告之結果準確性負責。
4. 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。
5. 當實驗室依法律或合約授權的要求揭露機密資訊時，除非法律禁止，所提供的資訊將會先通知主治醫師與病人。
6. 本實驗室對檢測所提供的技術和檢測內容負責，同時保留對報告內容的說明、解釋、更新的權利。
7. 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：線上刷卡付款



實驗室官方 Line：



方式 2：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 3：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。

官方手機：0910-176-677

電話：02-2658-2577 分機 241/242/ 251/ 252/ 253

（上班時間為週一至週五 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

2/2 本公司將依個人資料保護法保護當事人之個人資料（檢驗報告發送 14 日後，檢體將不予保留）