

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum



St. Josef-Hospital
 Neurologische Klinik
 Neurochemisches Labor
 <<Tysabri-AK>>
 Gudrunstr. 56
 44791 Bochum

ABSENDERADRESSE

Anforderung zur Bestimmung neutralisierender Antikörper gegen Natalizumab (Tysabri®) im Patienten-Serum (ca 2 ml) mittels ELISA.

Abnahme **VOR** Re-Infusion, Erstbestimmung nach 6 Monaten optimal

Wie viele Infusionen Tysabri® wurden durchgeführt?

Beginn der Tysabri® Therapie?

Klinisch-allergische Reaktion? JA NEIN

Falls JA: während welcher Zyklen:

Ersttestung oder Wiederholungstest ?

Datum der MS-Diagnose:

EDSS bei Beginn der Tysabri® -Therapie: Derzeitiger EDSS:

Anzahl der Schübe im Kalenderjahr vor Therapie mit Tysabri®:

Anzahl der Schübe während der Tysabri®-Therapie:

Vorthherapie mit von ca. bis

MRT Untersuchungen während der Tysabri®-Therapie (ca. Daten):

Entnahmedatum Eingang im Labor Interne Labornr.

BEFUND:

Restserum wird für wiss. Kontrolluntersuchungen im Zusammenhang mit TYSABRI® (Retest auf neutralisierende Antikörper, Bindungsfähigkeit im durchflußzytometrischen Assay) bei -20 Grad gelagert. Mit der Einsendung erklären Sie sich mit diesem Vorgehen einverstanden.

Prof. Gold