

送檢項目表 Test Order Form

--請以正楷填寫下方所有欄位--

醫院名稱：

科別：

主治醫師：

採檢日期：

聯絡醫師：

聯絡電話：

E-mail：

單位報告寄送地址：

病人姓名：

聯絡電話：

身份證字號：

病歷號：

生日：西元 年 月 日 性別：☐男 ☐女

E-mail：

紙本報告及發票寄送地址：[請留掛號信可收件的地址]

所有檢測服務項目均為自費，病人本人或其家屬已悉知檢測項目，也已閱覽次頁的送檢注意事項，同意進行本次檢測。並同意讓吉晟實驗室因報告發送需要而使用上方所填寫的個人資訊。

檢測費用總計為 新台幣 元。

檢測費用由 吉晟藥品股份有限公司 開立發票正本 1 份，與紙本報告一同寄出，另索取發票副本 份。

☐ 同意 / ☐ 不同意，同時給予上述醫師一份報告書。
若無勾選，實驗室將視同同意。

病人或家屬簽名

日期

備註：

代碼/項目	檢測費用
Combination Testing 組合檢測	
依上表各單項上機時間排定，並於○勾選檢體類別	
<input type="checkbox"/> C-01 LE (○ Serum or ○ CSF) + PNS (○ Serum or ○ CSF)	20,000
<input type="checkbox"/> C-02 LE (Serum+CSF) + PNS (○ Serum or ○ CSF)	30,000
<input type="checkbox"/> C-03 LE (Serum+CSF) + PNS (Serum+CSF)	35,000
<input type="checkbox"/> C-04 LE (○ Serum or ○ CSF) + NMOSD (Serum)	22,500
<input type="checkbox"/> C-06 LE (○ Serum or ○ CSF) + GABAαR (Serum) + IgLON5 (Serum)	29,000
<input type="checkbox"/> C-07 CIDP screen 1 (PN-11~PN-14) (Serum)	18,000
<input type="checkbox"/> C-08 CIDP panel (PN-03+PN-11~PN-14) (Serum)	26,500

Neurodegenerative Disease 神經退化性疾病組合	
<input type="checkbox"/> C-10 Alzheimer's Disease Panel 2 檢測 4 項 Aβ40, Aβ42, p-tau 181, p-tau 217	18,000
<input type="checkbox"/> C-13 ATNI Guideline Panel 1 檢測 6 項 Aβ40, Aβ42, p-tau 181, p-tau 217, NfL, GFAP	19,000
<input type="checkbox"/> C-14 ATNI Guideline Panel 2 檢測 7 項 Aβ40, Aβ42, p-tau 181, p-tau 217, NfL, GFAP, ApoE	20,000
<input type="checkbox"/> C-20 PrecivityAD2 NEW !! (U.S. C2N Dignostic) IP-LC-MS/MS Aβ40/Aβ42, p-tau 217/np-tau 217, APS2	另洽

代碼/項目	上機日	檢測費用
Neuve Injury 神經損傷 [Plasma 血漿]		
<input type="checkbox"/> ND-01 NfL (蛋白) + GFAP (蛋白) Simoa Biweekly		9,000
NMOSD 泛視神經脊髓炎 [Serum 血清]		
<input type="checkbox"/> NM-03 Anti-AQP4* cell-based Tue.		4,000
<input type="checkbox"/> NM-04 Anti-AQP4 (titer) cell-based Tue.		6,000
<input type="checkbox"/> NM-05 Anti-MOG* cell-based Tue.		7,000
<input type="checkbox"/> NM-06 Anti-MOG (titer) cell-based Tue.		9,000
<input type="checkbox"/> NM-07 NMOSD* cell-based Tue.		9,000
同時檢測 2 項抗體 Anti-AQP4 和 Anti-MOG		
Myasthenia Gravis 重症肌無力 [Serum 血清]		
<input type="checkbox"/> MG-01 Anti-MuSK ELISA Biweekly		5,500
<input type="checkbox"/> MG-02 Myasthenia Gravis Panel* cell-based Biweekly		10,000
檢測 3 項抗體 ε-AChR, γ-AChR, MuSK		
Neurodegenerative Disease 神經退化性疾病 [Plasma 血漿]		
<input type="checkbox"/> AD-10 Aβ40 + Aβ42 Simoa Biweekly		10,000
<input type="checkbox"/> AD-05 p-tau 181 Simoa Biweekly		7,000
<input type="checkbox"/> AD-06 p-tau 217 Simoa Biweekly		8,000
<input type="checkbox"/> AD-07 ApoE [Whole blood 全血] 委外 Tue.		3,000
<input type="checkbox"/> AD-08 p-tau 217 + ApoE [Plasma]+[Whole blood] 另洽		9,000
Myositis 肌炎 [Serum 血清]		
<input type="checkbox"/> AIM-01 Autoimmune Inflammatory Myopathies* 檢測 18 項抗體 Mi-2α, Mi-2β, TIF1-γ, MDA5, NXP2, SAE1, Ku, PM-Scl100, PM-Scl75, Jo-1, SRP, PL-7, PL-12, EJ, OJ, Ro-52, cN-1A, HMGCR EBO	Thur.	10,000
Limbic Encephalitis 邊緣性腦炎 [請於○勾選檢體類別]		
LE-01~LE-03 檢測 6 項抗體 NMDAR, AMPAR1/2, CASPR2, LGI1, GABAβR, DPPX		
<input type="checkbox"/> LE-01/LE-02 LE*(○ Serum or ○ CSF) cell-based Mon.Wed.Fri.		14,500
<input type="checkbox"/> LE-03 LE* Serum + CSF 兩種檢體一併上機 cell-based Mon.Wed.Fri.		24,000
<input type="checkbox"/> LE-05 GABAαR (Serum) cell-based Biweekly		8,000
<input type="checkbox"/> LE-06 IgLON5 (Serum) cell-based Biweekly		8,000
Paraneoplastic Neurological Syndromes 副腫瘤神經症候群		
檢測 12 項抗體 Amphiphysin, CV2, PNMA2 (Ma2/Ta) , Ri , Yo, Hu, Recoverin, SOX1, Titin, Zic4, GAD65, Tr (DNER)		
<input type="checkbox"/> PNS-01 PNS* [Serum 血清] EBO Thur.		6,500
<input type="checkbox"/> PNS-02 PNS* [CSF 腦脊髓液] EBO Biweekly		6,500
<input type="checkbox"/> PNS-03 PNS* Serum + CSF EBO		12,000
Polyneuropathy 多發性神經病變 [Serum 血清]		
PN-01~PN-03 檢測 7 項抗體 GM1, GM2, GM3, GD1a, GD1b, GT1b, GQ1b		
<input type="checkbox"/> PN-01 Polyneuropathy IgG EBO Tue.		5,500
<input type="checkbox"/> PN-02 Polyneuropathy IgM EBO Tue.		5,500
<input type="checkbox"/> PN-03 Polyneuropathy IgG + IgM EBO Tue.		9,000
<input type="checkbox"/> PN-11 Anti-NF155 cell-based Biweekly		7,000
<input type="checkbox"/> PN-12 Anti-NF186 cell-based Biweekly		7,000
<input type="checkbox"/> PN-13 Anti-CNTN1 (contactin1) cell-based Biweekly		7,000
<input type="checkbox"/> PN-14 Anti-CNTN1 /CASPR1 cell-based Biweekly		10,000
Other Parameters 其他單項		
<input type="checkbox"/> IF-01 Anti-MAG [Serum 血清] tissue-based Thur.		4,000
Inflammation 發炎因子 [Serum 血清]		
<input type="checkbox"/> CYT-03 Inflammation Panel Luminex(委外) 另洽		
檢測 10 項 GM-CSF, IFN-γ,IL-1β, IL-2,IL-4, IL-5, IL-6, IL-8, IL-10, TNF-α (可專案檢測，請來電洽詢)		



實驗室電話: 02-2797-0177
時間: 09:00-12:30 & 13:30-17:30
標示 * 項目為已取得 ISO/IEC 17025 認證

送檢流程及付款方式於次頁
請務必詳讀

--檢體採集須知--

Serum 血清 與 Plasma 血漿

1. 建議採集晨間空腹血液 (若已用餐, 於餐後 2 小時後採集)。
2. **Serum 血清**使用金黃頭管(SST)或紅頭管(生化管), 採滿管。
- Plasma 血漿**使用紫頭管(EDTA), 採滿管。
3. 採血管靜置 30 分鐘後離心, 處理條件為 **3,000 rpm / 10 mins**。
4. 離心後, 將**血清/血漿**移至乾淨離心管並以 **2~8°C** 保存。

★血液檢體採集完成後, 無法提早聯絡收件並做檢體前處理, 務必將檢體以 **2 ~ 8°C** 冷藏條件存放, 切勿冷凍!

☆若檢體已採集超過 **2 日**, 才聯絡本公司收件, 檢體務必完成前處理, 並確認以 **-20°C** 溫度條件保存。

★檢體採集管上務必清楚標示內容, 應包含但不限下列資訊: 病人姓名、身分證字號、病歷號、生日、床號。請病人或其家屬確認標示內容的正確性。

CSF 腦脊髓液

1. 由醫師進行腰椎穿刺術, 採集 **CSF**。
2. 取中段 **CSF**, 建議以 **PP** 塑膠材質的離心管裝存並密封。
3. 請靜置於 **-20°C** 溫度條件保存。

--收檢方式--

1. 請於檢體採集前 **至少 2 個工作日**, 來電至吉晟實驗室由專人安排收件的時間與方式; 國定假日及例假日恕不安排收件。
2. **本單張填寫完後, 與已採集的檢體, 一併交給收檢人員。**(單張可複印留存)
3. 採用物流方式寄件者, 請將已前處理的檢體確實密封後, 以該類型檢體的儲存溫度條件寄送至吉晟實驗室。

送檢須知與免責聲明--請務必詳閱--

1. 檢體與送檢項目表的最後受理時間為該項目檢測前 1 日送達至吉晟實驗室, 並且完成費用付款, 逾時則順延至該項目的下一次操作日。若遇國定假日、例假日或實驗室服務暫停公告, 該項目檢測時間將順延至下一次的操作日。
2. 若收件時發現檢體品質不佳 (如血清溶血或脂血已超過標準、儲存及運送條件溫度不適合、檢體量不足等), 為確保檢測操作準確性, 務必重新採集檢體。若重新採檢有延誤報告發送之时效, 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, 經說明後客戶仍同意使用該檢體執行檢測, 本實驗室則不對此檢驗報告之結果準確性負責。
4. 各檢測已確認繳費才安排上機, 由本實驗室所執行的檢測, **正式紙本報告及發票於完成所有檢測後的 10 個工作天內以掛號信寄出。**
5. 本實驗室出具之報告僅供參考, 不構成任何醫療建議, 故報告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; 本實驗室不對任何自然人、法人、機構, 直接或間接使用報告而造成之任何結果, 提供任何法律上的責任。
6. 當本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病人與主治醫師。
7. 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。
8. 若有其他不可抗力之因素 (如重大節日、物流延遲、天災等) 造成待測檢體或紙本報告延遲寄達, 本實驗室不承擔此責。

檢測費用付款方式

ATM/網路銀行 轉帳



1. 插入金融卡輸入密碼 / 登入網路銀行
2. 選擇 **轉帳**
3. 輸入銀行代號 **806** (元大銀行)
4. 輸入帳號 **2127-2000-666-888**
5. 輸入轉帳 **金額**

★繳款後, 請來電 **02-27970177** 告知轉帳帳號末 5 碼 或 匯款人姓名, 與繳款金額, 以便人員確認是否收到款項。

☆使用金融卡或網路銀行繳費者, 請留意是否有開通轉帳功能, 與金額上限

★因轉帳金額有上限, 如需分別不同帳號繳款, 請來電告知各帳號末 5 碼與各別金額。

各銀行臨櫃 匯款



可至各金融機構以跨行匯款方式, 填寫『跨行匯款單』; 若至元大銀行臨櫃辦理則填寫『存入憑條』或『國內匯款申請書』。填列資訊如下:

元大銀行 公館分行 (銀行與分行代號: **806-1272**)

帳號 **2127-2000-666-888**

戶名 **吉晟藥品股份有限公司**

填寫 **金額、匯款人姓名**



吉晟藥品股份有限公司 分子與細胞生物實驗室

聯絡電話: **02-2797-0177** (上班時間 09:00-12:30 / 13:30-17:30)

地址: **114 台北市內湖區舊宗路二段 171 巷 17 號 1 樓**

電子信箱: **vlab@veritas-biomedical.com**

可至本公司官網下載表單

<http://www.veritas-biomedical.com/laboratory.php>

可掃 QR Code 下載



加入 **吉晟實驗室 VLab**

搜尋 ID: **@212tdnoj**



官方帳號

可掃 QR Code 加入

