

MuSK Ab委託新光醫院代檢注意事項

1. 檢體需求：血清檢體至少1mL。
 - 使用黃頭生化管採集血液檢體，待完全凝固後，離心取出上清液。
 - 請**冷凍**運送，並妥善保護，防止破裂或滲漏。
2. 自費金額**3000元**。
3. 請完整填寫下頁資料，將**代檢申請單**、**檢體**和**自費金額3000元**，一同以**快遞(冷凍運送)**送達**B2核子醫學科櫃檯**。

地址：台北市士林區文昌路95號 B2核子醫學科

聯絡電話：(02)28332211#2280

- 收件時間：星期一~星期五 08:30~17:30。
- **送件前，請來電告知寄送快遞日期。**
- **務必確認快遞可送達本院B2核子醫學科櫃檯。**
- 未符合送檢注意事項者，一率電話通知重新送檢。
- 送件後，請至新光醫院官網→科別介紹→醫事專科→核子醫學科→「服務項目」，填寫送件資訊。填寫完成後，會收到檢體查詢表單連結。



4. 星期六、日和國定假日不收件。
5. 此檢驗數量較少，報告時間大約半年。

謝謝您！

MuSK Ab委託新光醫院代檢申請單

檢驗項目：MuSK Ab

=====
送檢醫院：
=====

病患基本資料

- 姓名：
- 性別：
- 身分證字號：
- 出生年月日：
- 聯絡電話：
- 地址：

=====
報告寄送處

- 收件人：
- 地址：
- 聯絡電話：