

平成 29 年 12 月 吉日

先生御侍史

株式会社コスミックコーポレーション  
営業部

〒112-0002 東京都文京区小石川 2-7-3 富坂ビル

電話 03-5802-5971

### 抗 VGKC 複合体抗体 受託測定開始のご案内

拝啓 時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。平素は格別のお引き立てを賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、このたび弊社から新しい測定項目といたしまして抗 VGKC 複合体抗体の受託測定を開始する運びとなりましたので下記の通りご案内申し上げます。

今後とも、変わらぬご愛顧を賜りますよう、お願い申し上げます。

敬具

記

【受託開始日】 平成 30 年 1 月 4 日

【報告日数】 弊社に検体が届いてから 15 営業日でご報告いたします。

【受託測定項目】

項目名	測定料（税抜）
抗 LGI1 抗体	27,000 円
抗 CASPR2 抗体	23,000 円
抗 LGI1 抗体+抗 CASPR2 抗体	40,000 円

【材料及び必要量】 血清、100  $\mu$ L

以上

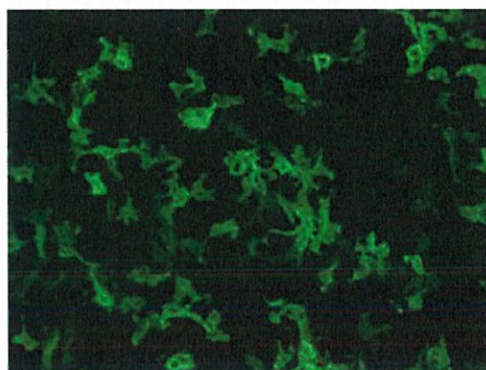
## 抗VGKC複合体抗体 受託測定のご案内

2018年1月4日(木)より受託開始

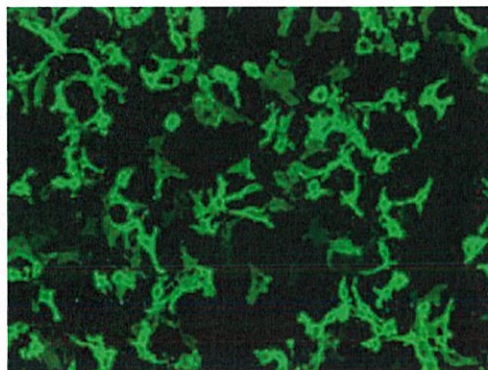
**EUROIMMUN社製試薬にて抗LGI1抗体、  
抗CASPR2抗体の測定が可能になりました。**

電位依存性カリウムチャンネル(voltage-gated potassium channel:VGKC)関連抗体の代表的なものに、抗VGKC複合体抗体があります。これは、以前は「VGKC抗体」と称されていましたが、その後の研究でVGKCそのもののみならず、VGKCと複合体を形成する種々の分子に対する抗体を網羅するものであることが明らかになりました。抗VGKC複合体抗体である抗LGI1抗体、抗CASPR2抗体は脳炎に関与すると言われています。

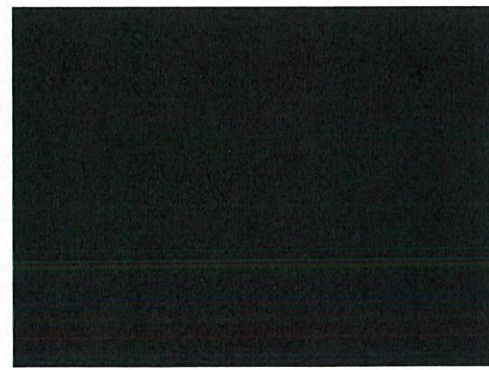
### 判定例



抗LGI1抗体陽性例



抗CASPR2抗体陽性例



陰性例

## ◆ 受託測定の流れ・注意事項 ◆

### ◇ 測定料金

項目名	測定料(税抜)
抗LGI1抗体	27,000円
抗CASPR2抗体	23,000円
抗LGI1抗体 + 抗CASPR2抗体	40,000円

### ◇ 迅速ご報告

弊社に検体が届いてから**15営業日**でご報告いたします。

### ◇ 材料及び必要量

**血清 100μL**(2項目同時測定の場合も同様)  
血清採取後、-10℃以下の凍結にて保存してください。

### ◇ 発送方法

申込書を同封し、検体は**凍結状態で弊社に到着するように、ご発送**ください。  
検体到着は、平日 月曜日～金曜日の午前中着指定でお願いいたします。

### ◇ 注意事項

お預かりする検体は、原則、検査終了後に廃棄いたします。弊社にて保管することはいたしかねますのでご了承ください。  
患者名等の個人情報に記載されている場合、受付をお断りする場合がございます。通し番号等暗号化処理をした上でご依頼頂くようお願いいたします。  
本検査は研究用試薬を用いた測定検査の為、検査結果を診断に使用することはできません。また、保険請求することもできませんのでご注意ください。

## 随時、受託測定を承っております

検索はこちら [コスミック 受託測定](#) 

### <お問い合わせ先>

株式会社コスミックコーポレーション 営業部  
電話：03-5802-5971  
E-mail:cc@cosmic-jpn.co.jp

## 検査依頼書 兼 検体受領書 【 抗VGKC複合体抗体 】

**必要事項にご記入の上、検体( 血清100 $\mu$ L )に同封して送付ください。**

\* 検体の到着は平日(月曜日～金曜日)の午前中指定でお願いします。

### 【ご依頼者様情報】

\* 報告書のお宛名に使用させていただきます。検体の受領書を送付しますので、必ずFAX、E-Mailを記載して下さい。

ご施設名	ご住所
ご所属	TEL <span style="float: right;">/ FAX</span>
お名前	E-Mail

### 【検査項目名】

\* ご希望の検査項目欄にチェック(レ)し、検体番号を記載してください。

検査項目名	測定依頼数	検体によって測定項目が異なる場合、それぞれ患者IDを記載して下さい
1 <input type="checkbox"/> 抗LGI1抗体	件	
2 <input type="checkbox"/> 抗CASPR2抗体	件	
3 <input type="checkbox"/> 抗LGI1抗体 + 抗CASPR2抗体	件	
4 <input type="checkbox"/>	件	
5 <input type="checkbox"/>	件	

### 【患者情報】

\* 検体の取違い防止のために、下記事項の記載をお願いいたします。

検体番号	患者ID(検体容器にも必ず記載して下さい)	性別	年齢	採取年月日:	検体の種類・本数
1		男・女			
2		男・女			
3		男・女			
4		男・女			
5		男・女			
6		男・女			

### 【検体の確認】

※合計本数を記載し、保存状態を確認してください。

<委託検体数>				
保存状態	本数	保存状態の異常の有無	依頼年月日	年 月 日
凍結(-10℃以下)		有・無	発送者	

#### 《注意事項》

\* 本依頼書件、受領書に記載されている個人・患者情報は本測定以外には使用いたしません。

\* お預かりした検体は、検査終了後に廃棄いたします。

<検体送付先・お問い合わせ先>

株式会社コスミックコーポレーション 営業部

〒112-0002 東京都文京区小石川2-7-3 富坂ビル

TEL: 03-5802-5971 Mail: cc@cosmic-jpn.co.jp

下記は弊社記入欄のため記入しないでください。

### 【検体受領書】

ご依頼いただいた検体につきまして、(株)コスミックコーポレーションにて受領致しました。

受領検体:	血清 ( 本 ) ・ その他( ) ( 本 )
備考	
検体受領日	年 月 日 検体受領者

検査依頼書No.