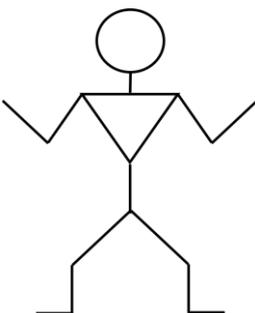


肌肉切片送檢單

Patient information							
送檢醫院	馬偕紀念醫院	病患姓名					
出生日期		病患性別	男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>				
身分證字號		病歷號					
Specimen information							
採檢位置		採檢時間	____時____分				
Brief summary							
臨床聯繫醫師(必填)		手機號碼(必填)	09 - -				
Disease related information							
Onset age		Facial involvement	Yes No				
CK level		Lung involvement	Yes No				
Family history	Yes No	Heart involvement	Yes No				
Pedigree		Muscle power					
							
Myositis related antibodies							
Abs	Positive	Negative	N/A	Abs	Positive	Negative	N/A
Jo1				TIF1- γ			
ZO				NXP2			
KS				Mi2			
PL7				MDA5			
PL12				SAE			
EJ				SRP			
HA				HMGCR			
OJ				Others			

馬偕紀念醫院病理科人員填寫：

抵達三總時間：____年____月____日____時____分 負責人員：_____

文件編號/名稱	機密等級	生效日	版本	頁次
MMH-DMS-4-3582-125-P-2 肌肉切片送檢單	一般	2023.10.30	01	1/1

文件編號/名稱	機密等級	生效日	版本	頁次
MMH-DMS-4-3582-125-P-2 肌肉切片送檢單	一般	2023.10.30	01	2/1