



किंग जार्ज चिकित्सा विश्वविद्यालय उ०प्र०, लखनऊ रिह्युमेटालाजी विभाग



लाल बहादुर शास्त्री केन्द्र, आर०ए०एल०सी०कैम्पस, लखनऊ-२२६०१८

पूर्व : छत्रपति शाहूजी महाराज चिकित्सा विश्वविद्यालय उ.प्र. लखनऊ

ई-मेल : rheumatology@kgmcindia.edu; clinrheumatologykgmu@gmail.com

फोन : 09511110965

पत्रांक Rh/ 229/22

दिनांक : 20/04/2022

सेवा में,
प्रभारी,
आई०टी०सेल
के०जी०एम०यू०उ०प्र०, लखनऊ।

महोदय,

अवगत कराना है कि चिकित्सा विश्वविद्यालय के विभिन्न विभाग में भर्ती मरीज एवं उनके तीमारदार ANA/ENA/ANCA/dsDNA/C3/C4/APLA/MSA की जाँच हेतु फार्म रिह्युमेटालॉजी विभाग में लेने आते हैं, जिससे विभिन्न विभाग में भर्ती मरीज/तीमारदारों को कठिनाई हो रही है।

अतः विभिन्न विभाग में भर्ती मरीज एवं उनके तीमारदार को ANA/ENA/ANCA/dsDNA/C3/C4/APLA/MSA की जाँच का फार्म चिकित्सा विश्वविद्यालय की वेबसाइट पर लोड करने के साथ ही उक्त सूचना समस्त विभाग को प्रेषित करने का कष्ट करे, कि वह चिकित्सा विश्वविद्यालय की वेबसाइट पर उक्त जाँच का फार्म डाउनलोड कर मरीजों एवं उनके तीमारदारों को उपलब्ध कराने का कष्ट करे।

संलग्नक— उक्त जाँच का प्रारूप।

भवदीय,

(डा० पुनीत कुमार)
कार्यवाहक विभागाध्यक्ष

Department of Clinical Immunology & Rheumatology, KGMU, Lucknow
Requisition form for ANA/ENA/ANCA/dsDNA/C3/C4/APLA/MSA

Name		Provisional Diagnosis	
Age/Sex		Previous ANA/ENA/ANCA/dsDNA/C3/C4/APLA/MSA	
OPD/Ward-Bed No. Department		Date requisitioned	
Physician I/C		Ph.No. Patient	

Requisition for	ANA-IF <input type="checkbox"/>	ENA (Immunoblot) <input type="checkbox"/>	ANCA-IF <input type="checkbox"/>	PR3 (ELISA) <input type="checkbox"/>	MPO (ELISA) <input type="checkbox"/>	dsDNA (ELISA) <input type="checkbox"/>
	C3 <input type="checkbox"/>	C4 <input type="checkbox"/>	LAC <input type="checkbox"/>	β 2GPI <input type="checkbox"/>	Anti Cardiolipin Ab (IgM And IgG) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	MSA <input type="checkbox"/>

Fever		Pleuritis/Pleural effusion	
Photosensitivity/Photosensitive rash		Pericarditis/Pericardial effusion	
Skin rash/Skin infarcts		Active sediments in Urine	
Oral ulcers		Proteinuria >0.5gm/day	
Non-scarring alopecia		Suspected myositis	
Raynaud's phenomenon		Suspected autoimmune hepatitis	
Diffuse/limited skin tightening		Dry eyes- Positive Schirmer	
Palpable purpura (without low platelet count)		Dry mouth	
Non-healing ulcers		ILD/ PAH	
Livedo Reticularis		Alveolar hemorrhage	
Gangrene		Prolonged aPTT	
Arthritis/Arthralgia		Hemolytic anemia	
Ascites		Leukopenia/Lymphopenia	
Seizure		Thrombocytopenia	
Psychosis		Positive DCT	
Mononeuritis multiplex		Low C3/C4	
Young/recurrent CVA		Others :-	
Congenital heart block			
Recurrent unexpected pregnancy loss (Mention trimester)			

(Please tick those present and leave others blank)

**Name of Requisitioning Doctor
(In Capital)**

Signature

N.B. - Collect 2 ml blood in plain vacutainer (Red Colour) for each test.

<p>PLEASE SEND SAMPLE WITH COMPLETED FORM ONLY. Reports of incomplete forms are liable to be withheld.</p>
