

## 医療者に対する本研究の手続き

- ①患者様への説明と同意を得てください。  
(患者説明書を利用してください)



- ②抗 Factor H 抗体測定血清 2ml 以上を冷蔵保存で郵送してください。  
(長期保存される場合は冷凍保存をお願いします)

→同意書 1 通、臨床情報 1 通を添付し、休日以外の 9-17 時に到着するようにお願いします。(同意書コピーは貴院で保存ください)

佐賀大学 医学部 小児科 抗 Factor H 抗体研究宛  
〒849-8501 佐賀市鍋島 5-1-1  
TEL: 0952-34-2313, FAX: 0952-34-2064



\* 抗体陽性で経過の解析が必要な場合は、担当大塚にメールでご相談ください。  
([ootsuka2@cc.saga-u.ac.jp](mailto:ootsuka2@cc.saga-u.ac.jp))



- ③結果報告：電子メールもしくは Fax で行います。ご希望あれば記載ください。  
抗 Factor H 抗体の結果は、8 例ずつ解析します。症例集積までお時間がかかる可能性があります。ご了承ください。



- ④抗 Factor H 抗体陽性患者様に対して、DNA 解析の同意を得て、採血をお願いします。  
EDTA-2Na 採血管 4-6ml を冷蔵で郵送ください。



- ⑤MLPA 法解析においては、症例が集積されたのちに随時解析をいたします。結果は電子メールで行います。

