

検査内容変更のお知らせ

拝啓 時下益々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いただき、厚くお礼申し上げます。

さてこの度、別紙の項目につきまして本年4月より検査内容を変更させて頂くことに致しましたので取り急ぎご案内申し上げます。

誠に勝手ではございますが、事情をご賢察の上、何卒ご了承の程お願い申し上げます。

敬具

記

変更期日

平成29年3月31日 受付分より

変更内容

別掲の一覧表をご参照下さい。

※裏面をご覧ください。

検査中止項目

最終受付日

平成29年3月30日(木)

コード	検査項目名	代替項目
7225	薬物スクリーニング	受託希少
10431	11-OHCS	

変更内容

平成29年3月31日受付分より

コード	検査項目名	変更箇所	新	旧	備考
10409	バゾプレシン(AVP)	基準値	2.8 pg/mL 以下	4.2 pg/mL 以下	高感度試薬の採用
		報告下限	0.4 pg/mL 未満	0.8 pg/mL 未満	
		報告上限	800 pg/mL 以上	∞	
16802	HBV-DNA定量 (TaqManPCR法)	検査方法	リアルタイムRT-PCR法	リアルタイムRT-PCR法	自動測定装置変更に伴う
		基準値	定量値 1.0 未満 増幅シグナル:検出せず	定量値 2.1 未満 増幅シグナル:検出せず	改良試薬の採用 国際単位表記への変更
		測定範囲	1.0~8.9 Log IU/mL	2.1~8.9 Log コピー/mL	
		報告下限	1.0 Log IU/mL	2.1 Log コピー/mL	
		報告上限	9.0 Log IU/mL	9.0 Log コピー/mL	
		報告単位	Log IU/mL	Log コピー/mL	
10082	ミオグロビン(血清)	検査方法	CLIA	ECLIA	高感度試薬の採用
		基準値	M:154.9 ng/mL 以下 F:106.0 ng/mL 以下	M:28~72 ng/mL F:25~58 ng/mL	
		報告下限	1.0 ng/mL 未満	21 ng/mL 未満	
		報告上限	120.000 ng/mL 以上	∞	
		報告桁数	小数1位、有効4桁	整数、有効3桁	
10122	α1マイクログロブリン (α ₁ M) (血清)	報告下限	1.2 mg/L 未満	2.7 mg/L 未満	測定試薬の変更
10123	α1マイクログロブリン (α ₁ M) (尿)	報告下限	0.4 mg/L 未満	0.9 mg/L 未満	測定試薬の変更
25998	抗アクアポリン4抗体	基準値	3.0 U/mL 未満 1.5 U/mL 未満	5.0 U/mL 未満 1.3 U/mL 未満	測定試薬の販売中止
		報告上限	40.0 U/mL 以上	75.0 U/mL 以上	
7905	胃がんリスク層別化検査 (ABC分類)	検査方法	H. ピロリー(EIA法) ペプシノーゲンは、変更なし	H. ピロリー(LA法)	胃がんリスク層別化検査 (ABC分類)2016年改訂版
		判定基準	(陰性) 3 U/mL 未満	(陰性) 10 U/mL 未満	運用の手引きに基づく
11513	バンコマイシン	有効治療濃度	Trough 10 ~ 15 μg/mL	Trough 10 ~ 20 μg/mL	抗菌薬TDMガイドライン
14347	テイコプラニン	有効治療濃度	Trough 15 ~ 30 μg/mL	Trough 10 ~ 30 μg/mL	改訂版2016に準拠
21610	ゲンタマイシン	有効治療濃度	グラム陰性菌感染に対する 標準治療	Peak 15 ~ 20 μg/mL Trough 2 μg/mL 以下	
			Peak 15 ~ 20 μg/mL		
			Trough 1 μg/mL 未満		