

臨床検査に関するお知らせ



株式会社セントラル医学検査研究所
TEL(本社)029-225-8858 (下館)0296-28-5900

先生各位

平成 25 年 2 月
A-13-07

検査内容変更のお知らせ

拝啓 時下益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。

平素は格別のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。

この度下記検査項目におきまして、検査内容を変更させて頂きたくご案内致します。

何卒ご了承賜りますようお願い申し上げます。

敬具

記

◆ 実施日 平成 25 年 4 月 1 日 (月) ご依頼分より

◆ 変更内容

2012 年 検査案内	項目 コード	検査項目	変更内容	新	旧	備考
p.13	4220 4230	ビタミン B ₁ ビタミン B ₂	材料	EDTA-2Na 入り(遮光) 	ヘパリン Na 入り(遮光) 	フィブリン析出による検査への影響を回避するための検査材料変更。
				基準値	ビタミン B ₁ 2.6~5.8 ビタミン B ₂ 12.8~27.6 μg/dL	
p.52	21400	バンコマイシン	検査方法	ラテックス凝集法	HEIA	試薬の変更。
			基準値	Peak 25~40 Trough 10 以下 μg/mL	Peak 30~40 Trough 5~10 μg/mL	
			報告下限値	2.5 μg/mL 未満	1.7 μg/mL 未満	
	21440	テイコプラニン	検査方法	ラテックス凝集法	FPIA	現行試薬販売中止による検査試薬の変更。
			報告下限値	3.0 μg/mL 未満	4.0 μg/mL 未満	
	21460	アルベカシン	検査方法	ラテックス凝集法	FPIA	
報告下限値			0.6 μg/mL 未満	0.5 μg/mL 以下		

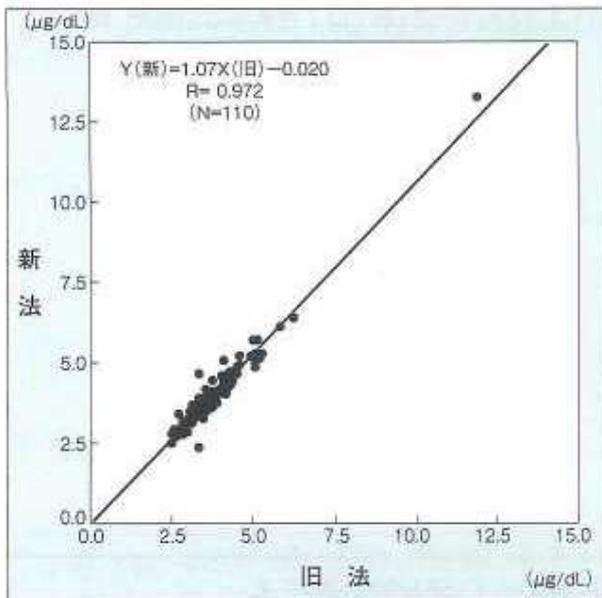
裏面に続く

2012年 検査案内	項目 コード	検査項目	変更内容	新	旧	備考
未掲載	12020	トキソプラズマ抗体 IgG	基準値	(-) 6未満 IU/mL	(-) 5以下 IU/mL	現行試薬(体外診断用医薬品)の添付文書の記載に準拠。
	12030	トキソプラズマ抗体 IgM	基準値	(-) カットオフインデックス 0.8未満	(-) カットオフインデックス 0.7以下	
	13620	アスペルギルス抗体	基準値	4倍未満	4倍希釈より実施	従来試薬販売中止による検査試薬の変更。

ビタミンB₁ およびビタミンB₂

【新旧二法の相関】

【ビタミンB₁】



【ビタミンB₂】

