

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 27 年 9 月

A-15-15

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。

また、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宜しくお願い申し上げます。

敬具

記

◆ 変更日

平成 27 年 9 月 26 日 (土) ご依頼分より

◆ 変更内容

2014・15年 検査案内	項 目 コード	検査項目	変更内容	新	旧
p.21	12020	トキソプラズマ 抗体 I g G	所要日数	3~5	3~7
			検査方法	CLEIA	EIA
			基準値	判定：(-) 抗体価：7.5 未満	判定：(-) 抗体価：6 未満
			報告範囲	判定：(-)、(±)、(+) 抗体価：7.5 未満~最終値	判定：(-)、(±)、(+) 抗体価：6 未満~200 以上
			報告桁数	抗体価：小数第 1 位	抗体価：整数
p.21	12030	トキソプラズマ 抗体 I g M	検体量	0.6mL	0.6mL 新生児 0.1mL
			所要日数	3~5	3~7
			検査方法	CLEIA	EIA
			基準値	判定：(-) S/CO：0.8 未満	判定：(-) カットオフインデックス：0.8 未満
			報告単位	S/CO	COI
			報告範囲	判定：(-)、(±)、(+) S/CO：0.8 未満~最終値	判定：(-)、(±)、(+) カットオフインデックス：0.8 未満~3.0 以上
			報告桁数	S/CO：小数第 1 位	カットオフインデックス：小数第 1 位
p.28	14275	HCV-RNA ジェノタイプ	検体量	0.5mL	0.3mL
			検査方法	リアルタイム RT-PCR	RT-PCR

