

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10月
A-15-19

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測定試薬販売中止に伴い、代替試薬に変更させて頂きたくご案内致します。尚、基準値・所要日数等に変更はございませんが、検査案内の容器表記に誤りがありましたので、併せてご案内申し上げます。

ご迷惑をお掛けいたしますが、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

- ◆ 実施予定日 平成27年11月2日(月) 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 | 変更箇所 | 新 | 旧 |
|------------------|-----------|--------------------------------|------|----------|----------|
| p.42 | 35640 | 糞便中ヘモグロビン及び トランスフェリン(Hb・TF) | 検査法 | イムノクロマト法 | ラテックス凝集法 |
| | | | 専用容器 | 写真参照 | 誤表記 |

- ※ 経時的にヘモグロビン量が低下していく為、必ず専用容器にて採取して下さい。
- ※ 現試薬在庫がなくなり次第、新試薬に変更させて頂く場合があります。

【新法と旧法の相関性】

| | | 旧法 | |
|----|----|----|----|
| | | 陽性 | 陰性 |
| 新法 | 陽性 | 53 | 0 |
| | 陰性 | 0 | 12 |

(n=65)

