

# 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

先生各位

平成 24 年 10 月

A-12-15

## 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喜び申し上げます。

また、平素は格別のお引き立てを賜り、厚く御礼申し上げます。

この度、HBs 抗体(CLIA 法)検査項目におきまして、試薬製造メーカーより現行試薬の販売終了と、安定性の高い改良試薬へ移行する旨の連絡がございました。

これを受け、弊社におきましてもこの改良試薬に変更させていただきます。

伴いまして、下記検査内容を変更させていただきますご案内申し上げます。

何卒ご了承賜りますようお願い致します。

敬具

記

◆ 実施日 平成 24 年 11 月 12 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	変更箇所	新	旧	備考
p.28	14060	HBs 抗体 (CLIA 法)	基準値	8.0 未満 陰性 mIU/ml	7.50 未満 陰性 mIU/ml	改良試薬への変更。 ※報告下限値は、臨床 検査標準化委員会感 度算出定義に準拠。
			判定基準	陰性:8.0 未満 陽性:8.0 以上	陰性:7.50 未満 判定保留:7.50 以上 12.50 未満 陽性:12.50 以上	
			報告下限値	3.1mIU/ml	1.00mIU/ml	

< 現行試薬との判定一致性 >

		現行試薬		
		陰性<7.5mIU/ml	保留 7.5~12.4mIU/ml	陽性≥12.5mIU/ml
新試薬	陰性 <8.0mIU/ml	30	0	0
	陽性 ≥8.0mIU/ml	0	0	30

例数 = 60

判定一致率 = 100.0%