

INFORMATION

No. 1412-25

検査内容変更のお知らせ

謹啓 時下ますますご清栄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、下記の項目につきまして、平成27年1月5日(月)受付分より、検査内容を変更させていただくことになりましたので、ご案内申し上げます。

先生方には大変ご迷惑をお掛けいたしますが、何卒宜しくご了承のほどお願い申し上げます。

敬具

記

■変更内容

コード	検査項目名	変更箇所	新	旧
0639	サイログロブリン	基準値	33.7 以下 ng/ml	32.7 以下 ng/ml
		報告範囲	0.04未満	0.1以下
			0.04～499	0.2～999
		500以上	1000以上	
0757	アミラーゼアイソザイム	検査方法	アガロース電気泳動法	セルロースアセテート膜 電気泳動法
		基準値	TOTAL-S 36.0～84.3 (%)	TOTAL-S 35～79 (%)
			TOTAL-P 15.7～64.0 (%)	TOTAL-P 21～65 (%)
		報告範囲	0.0～100.0	0～100

(裏面に続く)

■変更実施期日

平成27年 1月 5日(月) 受付分より

株式会社 武蔵臨床検査所

〒358-0013 埼玉県入間市上藤沢309-8

TEL 04-2964-2621 FAX 04-2964-6659

URL <http://www.e-musashi.co.jp>

* お問い合わせは当社または担当者までお願いいたします。

■変更内容

コード	検査項目名	変更箇所	新	旧		
1460	アミラーゼアイソザイム 〈尿〉	検査方法	アガロース電気泳動法	セルロースアセテート膜 電気泳動法		
		基準値	TOTAL-S 17.7～61.3 (%)	TOTAL-S 12～59 (%)		
			TOTAL-P 38.7～82.3 (%)	TOTAL-P 41～88 (%)		
		報告範囲	0.0～100.0	0～100		
2655	メトレキサート	検体量	血清 0.5 ml	血清 1.0 ml		
		検査方法	EIA	FPIA		
		基準値 (治療濃度範囲)	危険限界濃度		中毒域	
			24時間値	10以上	24時間値	10以上
			48時間値	1以上	48時間値	1以上
			72時間値	0.1以上	72時間値	0.1以上
			(μ mol/l)	(μ mol/l)		
採血時刻	メトレキサート・ロイコボ リン救援療法時 24、48、 72時間	大量投与療法の場合 投与後 24、48、72 時間				
報告範囲	0.04 未満 0.04～99900.00	0.03 以下 0.04～99900.00				
1635	デハイドロエピアンドロ ステロンサルフェート (DHEA-S)	検査方法	CLEIA	RIA(チューブ固相法)		
		報告下限値	2 μ g/dl 未満	5 μ g/dl 未満		
		所要日数	3～5日	5～11日		
		基準値	下表参照			

※DHEA-S 基準値

	新基準値 (μ g/dl)		旧基準値 (μ g/dl)	
	男性	女性	男性	女性
20～29歳	159～538	92～399	138～519	73～322
30～39歳	125～475	58～327	98～516	50～270
40～49歳	123～422	41～218	68～429	33～262
50～59歳	76～386	30～201	53～342	18～210
60歳以上	—	—	13～264	13～154

■変更実施期日

平成27年 1月 5日(月) 受領分より