

# INFORMATION

No. 1707-16

## 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29年8月1日(火)受領分より、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
1232	高感度心筋トロポニンT	所要日数	1~2日	3~4日
0633	テオフィリン	有効治療濃度 (基準値)	成人 5~15 $\mu\text{g/mL}$ ※ <sup>1</sup> 乳児 5~10 $\mu\text{g/mL}$ ※ <sup>1</sup>	10~20 $\mu\text{g/mL}$
0788	ジゴキシン		0.5~1.5 $\text{ng/mL}$ ※ <sup>2</sup>	0.8~2.0 $\text{ng/mL}$
0783	フェノバルビタール		10~35 $\mu\text{g/mL}$ ※ <sup>3</sup>	10~40 $\mu\text{g/mL}$
0787	バルプロ酸ナトリウム		40~125 $\mu\text{g/mL}$ ※ <sup>3</sup>	50~100 $\mu\text{g/mL}$

※1 テオフィリンの有効治療濃度につきまして、日本アレルギー学会のガイドライン記載値に準拠させていただきます。

※2 ジゴキシンの有効治療濃度につきまして、日本循環器学会/日本TDM学会のガイドライン記載値に準拠させていただきます。

※3 フェノバルビタールおよびバルプロ酸ナトリウムの有効治療濃度につきまして、日本TDM学会のガイドライン記載値に準拠させていただきます。

### ■変更実施期日

平成29年 8月 1日(火) 受領分より

株式会社 武蔵臨床検査所

\* 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。

〒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>