

INFORMATION

No. 0903-05

検査内容変更のお知らせ(1)

お得意様各位
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、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
1892	骨型アルカリ性フォスファターゼ (BAP)	測定方法	CLEIA	EIA
		基準値	M 3.7 ~ 20.9	M :13.0 ~ 33.9
			F (閉経前) 2.9 ~ 14.5	F 9.6 ~ 35.4
			F (閉経後) 3.8 ~ 22.6	
		報告下限値	0.1 μ g/ 未満	2.0 U/ 未満
単位	μ g/ l	U/ l		
0701	成長ホルモン (GH) 血清	測定方法	CLEIA	RMA (ビーズ固相法)
		基準値	M 0.003 ~ 0.971	M 0.00 ~ 0.64
			F 0.010 ~ 3.607	F 0.11 ~ 3.90
		報告下限値	0.002 ng/ m 未満	0.03 ng/ m 未満
		報告桁数	少数第3位、4桁	少数第2位、3桁
0728	コルチゾール	測定方法	CLEIA	RIA (チューブ固相)
		基準値	4.0 ~ 19.3	4.0 ~ 23.3
		報告下限値	0.4 μ g/ d 未満	1.0 μ g/ d 未満

(裏面へ続く)

変更実施期日

平成21年 4月 1日 (火) 受付分より

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。

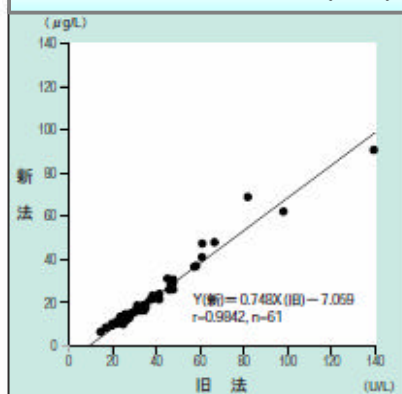
〒358-0013 埼玉県入間市上藤沢309-8
TEL 04-2964-2621 FAX 04-2964-6659
URL <http://www.e-musashi.co.jp>

変更内容

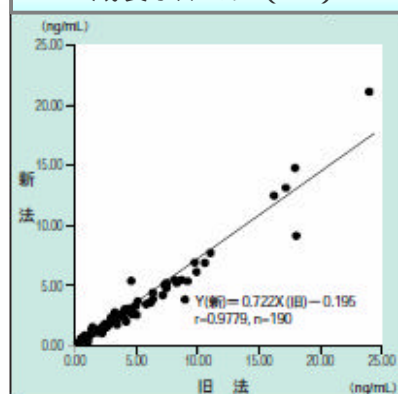
コード	検査項目名	変更箇所	新	旧
0891	インスリン抗体	基準値	^{125}I R 結合率 0.4 %未満 濃度 ;125 nU/ m 未満	^{125}I R 結合率 ;10.0 %以下
0610	CA15- 3	検査方法	CLEIA	CLIA
	従来法より再現性に優れた測定試薬に変更させていただきます。この変更に伴い、測定方法を変更させていただきます。 相関式 $y = 0.979X + 0.386$ (n= 320 r= 0.991)			
0786	プリムン	検査方法	EIA	FPIA
	現行試薬販売中止に伴い、代替試薬に変更させていただきます。この変更に伴い、測定方法を変更させていただきます。 相関式 $y = 0.953X + 0.133$ (n= 86 r= 0.996)			
3985	HB c抗体価 (PHA法)	報告様式	64倍未満 ~ 524288倍以上	2^6 未満 ~ 2^{24} 以上

新旧二法の相関

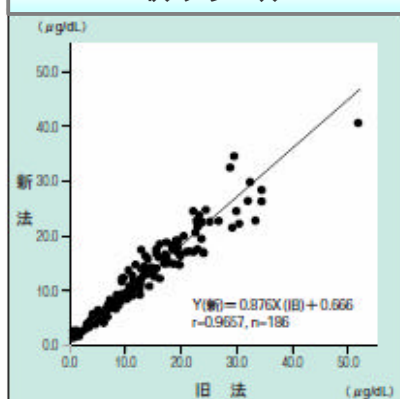
(1) 骨型アルカリフォスファターゼ (BAP)



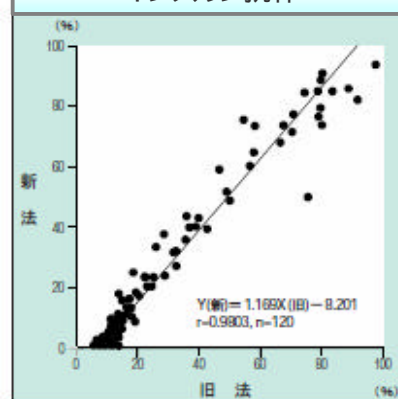
(2) 成長ホルモン (GH)



(3) コルチゾール



(4) インスリン抗体



変更実施期日

平成 21年 4月 1日 (火) 受付分より