検査内容変更および中止のご案内

謹啓 時下益々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、厚くお礼申し上げます。

この度、下記に掲げる検査項目におきまして、検査内容の変更および検査受託を中止させていただきたくご案内申し上げます。

何卒、ご了承賜りますようお願い申し上げます。

敬白

記

■実施日 平成 29年 3月 31日(金)ご依頼分より

■変更項目および変更内容

案内書 掲載頁	項目コード 統一コード	検査項目	変更箇所	新	現	備考
45	9631 3M606	ゲンタマイシン(GM)	有効治療濃度	グラム陰性菌感染症 に対する標準治療 Peak 15~20μ g/mL Trough 1μ g/mL未満	Peak 5~10μ g/mL Trough 2μ g/mL以下	測定委託先にお ける変更のため。
	9633 3M602	トブラマイシン(TOB)	有効治療濃度	グラム陰性菌感染症 に対する標準治療 Peak 15~20μ g/mL Trough 1μ g/mL未満	Peak 5~8μ g/mL Trough 2μ g/mL以下	
	9632 3M601	アミカシン(AMK)	有効治療濃度	グラム陰性菌感染症 に対する標準治療 Peak 50~60μ g/mL Trough 4μ g/mL未満	Peak 20~25μ g/mL Trough 10μ g/mL以下	
	9607 3M530	バンコマイシン	有効治療濃度	Trough 10~15μ g/mL	Trough 10~20μ g/mL	
48	1343 3K025	馬尿酸(HA)	報告下限値	0.001g/L未満	0.001g/L以下	報告下限値の見 直しによる変更の ため。
	1331 3K030	メチル馬尿酸(MHA)	報告下限値	0.001g/L未満	0.001g/L以下	
	1327 3K040	マンデル酸(MA)	報告下限値	0.001g/L未満	0.001g/L以下	
	1334 3K045	N-メチルホルムアミド	所要日数	6~11日	6~7日	測定委託先にお ける変更のため。
	1335 3K050	2,5-ヘキサンジオン(2,5-HD)	所要日数	6~11日	6~7日	
49	1921 8A090	膵外分泌機能検査(PFD)	所要日数	4~6日	4~5日	

ご不明な点等ございましたら貴院担当もしくは当社インフォメーションまでお申し付けください。

■変更項目および変更内容

案内書掲載頁	項目コード 統一コード	検査項目	変更箇所	新	現	備考
59	5554 5C093	心筋トロポニンT	検体量	血清 0.5mL	血清 0.3mL	測定委託先変更のため。
			所要日数	4~6日	4~5日	
			備考	削除	ヘモグロビン濃度が0.1mg/dLを超える溶血検体では、測定値が低下傾向となります。	
			委託先記号	OAA	OBB	
66	2244 5G036	抗ds-DNA IgG抗体	検体量	血清 0.4mL	血清 0.3mL	測定委託先変更のため。
67	2267 5G090	抗セントロメア抗体	検体量	血清 0.4mL	血清 0.3mL	
68	2269 5G420	抗糸球体基底膜抗体 (抗GBM抗体)	検体量	血清 0.4mLまたは EDTA血漿および ヘパリン血漿 0.4mL	血清 0.3mL	
			検査方法	FEIA	CLEIA	
			基準値	陰性(-): 7.0U/mL未満	3.0U/mL未満	
			判定基準	陰性(-): 7.0U/mL未満 判定保留(±): 7.0~ 10.0U/mL 陽性(+): 10.1U/mL以上		
			報告上限値	680U/mL以上	350U/mL以上	
	報告下限値	0.5U/mL未満	2.0U/mL未満			
	2237 5G551	抗好中球細胞質抗体 (PR3-ANCA)	検体量	血清 0.4mLまたは EDTA血漿および ヘパリン血漿 0.4mL	血清 0.4mL	
			検査方法	FEIA	CLEIA	
			基準値	陰性(-): 2.0IU/mL未満	3.5U/mL未満	
			判定基準	陰性(-): 2.0IU/mL未満 判定保留(±): 2.0~ 3.0IU/mL 陽性(+): 3.1IU/mL以上		
報告上限値			177IU/mL以上	350U/mL以上		
報告下限値	0.5IU/mL未満	1.0U/mL未満				
2236 5G552	抗好中球細胞質 ミエロペルオキシダーゼ (MPO-ANCA)	検体量	血清 0.4mLまたは EDTA血漿および ヘパリン血漿 0.4mL	血清 0.3mL		
		検査方法	FEIA	CLEIA		
		基準値	陰性(-): 3.5IU/mL未満	3.5U/mL未満		
		判定基準	陰性(-): 3.5IU/mL未満 判定保留(±): 3.5~ 5.0IU/mL 陽性(+): 5.1IU/mL以上			
		所要日数	4~5日	4~6日		
		備考	削除	不活化(非動化)検体ではデータ影響を及ぼす場合がありますので避けて下さい。		
		委託先記号	OBB	OAA		
報告上限値	134IU/mL以上	300U/mL以上				
報告下限値	0.5IU/mL未満	1.0U/mL未満				
69	2239 5G176	抗ミトコンドリアM2抗体	検体量	血清 0.4mL	血清 0.3mL	測定委託先変更のため。
74	4006 4A070	抗利尿ホルモン(ADH) (バゾプレシン)	検体量	EDTA2Na血漿 1.2mL	EDTA2Na血漿 2.2mL	
			基準値	2.8pg/mL以下	4.2pg/mL以下	
			報告上限値	800pg/mL以上	∞	
報告下限値	0.4pg/mL未満	0.8pg/mL未満				

※裏面にも案内がございますので、ご覧ください。

■変更項目および変更内容

案内書掲載頁	項目コード 統一コード	検査項目	変更箇所	新	現	備考
78	4205 4E060	バニリルマンデル酸(VMA) 定量	検査方法 報告成分	LC-MS/MS バニリルマンデル酸1日量 (mg/day) バニリルマンデル酸濃度 (mg/L)	HPLC 1日量(mg/day)	測定委託先にお ける変更のため。
	4218 4E060	バニルマンデル酸(VMA) [クレアチニン補正]	検査項目名称 検査方法 報告成分	バニリルマンデル酸(VMA) [クレアチニン補正] LC-MS/MS バニリルマンデル酸 クレアチニン補正值 (μ g/mg・Cre) バニリルマンデル酸濃度 (mg/L) クレアチニン値(mg/dL)	バニルマンデル酸(VMA) [クレアチニン補正] HPLC クレアチニン補正值 (μ g/mg・Cre)	
	4206 4E055	ホモバニリン酸(HVA)	検査方法 報告成分	LC-MS/MS ホモバニリン酸1日量 (mg/day) ホモバニリン酸濃度(mg/L)	HPLC 1日量(mg/day)	
	4219 4E055	ホモバニリン酸(HVA) [クレアチニン補正]	検査方法 報告成分	LC-MS/MS ホモバニリン酸 クレアチニン補正值 (μ g/mg・Cre) ホモバニリン酸濃度(mg/L) クレアチニン値(mg/dL)	HPLC クレアチニン補正值 (μ g/mg・Cre)	
79	4204 4E070	5-ハイドロキシインドール 酢酸(5HIAA)	検査方法 報告成分	LC-MS/MS 5-HIAA1日量 (mg/day) 5-HIAA濃度(mg/L)	HPLC 1日量(mg/day)	測定委託先にお ける変更のため。
	4208 4E040	メタネフリン2分画	検査方法 報告成分 所要日数	LC-MS/MS メタネフリン1日量(mg/day) ノルメタネフリン1日量(mg/day) メタネフリン総1日量(mg/day) メタネフリン濃度(mg/L) ノルメタネフリン濃度(mg/L) 5~6日	HPLC メタネフリン 1日量(mg/day) ノルメタネフリン 1日量(mg/day) 5~7日	
	4237 4E040	メタネフリン2分画 [クレアチニン補正]	検査方法 基準値 所要日数	LC-MS/MS 未設定 5~6日	HPLC メタネフリン濃度 0.05~0.20mg/L ノルメタネフリン濃度 0.10~0.28mg/L 7~9日	
			検査項目名称	血液中11-OHCS	11-ハイドロキシコルチ コステロイド(11-OHCS)	
81	4188 4D035	11-ハイドロキシコルチコ ステロイド(11-OHCS)	検体量 保存 検査方法 基準値 所要日数 委託先記号	血液 2mL 血清 0.5mL 血液 冷蔵 血清 冷蔵 蛍光法(De Moor変法) 午前10時採血 7.0~23.0 μ g/dL 4~6日 OAA	血液 4mL 血清 1.2mL 血液 冷蔵 血清 凍結 蛍光法(DeMoore法) (午前8時~10時) 8.0~30.0 μ g/dL 4~7日 0BB	測定委託先変更 のため。
	5376 5D305	高感度PSA	報告下限値	0.003ng/mL未満	0.003ng/mL以下	報告下限値の見直し による変更のため。
	5389 5D125	BCA225	検体量	血清 0.4mL	血清 0.3mL	測定委託先にお ける変更のため。
118	9463 5F500	HIV-1 RNA定量	検体量	血漿 2.1mL	血漿 3.5mL	
122	9425 5F454	HTLV- I プロウイルスpx遺伝子	基準値 所要日数	検出せず 16~22日	(-) 16~23日	

■変更項目および変更内容

案内書掲載頁	項目コード 統一コード	検査項目	変更箇所	新	現	備考
127	2761 8C051	EGFR遺伝子変異解析	基準値	検出せず	変異を検出せず	
128	2771 8C803	ミトコンドリア 遺伝子解析11778塩基点 突然変異(LHON)	検査項目名称 基準値 所要日数	LHON 11778塩基点 突然変異解析 検出せず 12~16日	ミトコンドリア遺伝子解析11778 塩基点突然変異(LHON) 変異を認めず 16~23日	
	8C804	ミトコンドリア 遺伝子解析3243塩基点 突然変異(MELAS)	検査項目名称 基準値 所要日数	MELAS 3243塩基点 突然変異解析 検出せず 12~16日	ミトコンドリア遺伝子解析3243 塩基点突然変異(MELAS) 変異を認めず 16~23日	
未掲載	4E070	5-ハイドロキシインドール 酢酸(5HIAA) [クレアチニン補正]	検査方法 報告成分	LC-MS/MS 5-HIAAクレアチニン補正值 (μ g/mg・Cre) 5-HIAA濃度(mg/L) クレアチニン値(mg/dL)	HPLC クレアチニン補正值 (μ g/mg・Cre)	
	5G120	抗Jo-1抗体 (CLEIA)	検体量	血清 0.4mL	血清 0.3mL	
	8C986	マイクロサテライト不安定性検査	基準値	MSIを認めない		測定委託先における変更のため。
	8C051	EGFR遺伝子変異解析コバsv2	基準値	検出せず		
	5F455	HTLV-I プロウイルス クロナリティー	基準値 所要日数	プロウイルスの 組み込みを認めない 16~22日	16~23日	
	8C701	IGH(免疫グロブリンH鎖) 遺伝子再構成(PCR法)	基準値	再構成を認めない	再構成を認めず	
	8B551	X/Y染色体 SHOX	所要日数	10~12日	8~12日	
	8B343	4染色体Wolf-Hirschhorn症候群				
	8B355	5染色体Sotos症候群				
	8B453	15染色体Prader-Willi症候群				
8B474	17染色体(17p12重複/欠失解析)					

■最終受付日 平成 29年 3月 30日(木)ご依頼分をもって受託中止

■検査受託中止項目

案内書掲載頁	項目コード 統一コード	検査項目	備考
84	4301 4F010	エストロゲン総 妊婦	
未掲載	2721 8C535	p53 Exon5	測定委託先における検査受託中止のため。
	2722 8C536	p53 Exon6	
	2723 8C537	p53 Exon7	
	2724 8C538	p53 Exon8	
	3L980	薬物スクリーニング	