

検査内容変更のお知らせ②

謹啓 時下益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

平素は格別のご愛顧を賜り厚く御礼申し上げます。

この度、下記の検査項目につきまして、検査内容の変更をさせていただくこととなりましたので、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、事情をご賢察の上、何卒ご了承賜りますようお願い申し上げます。

敬 白

2018年3月

【記】

◇検査内容変更項目

項目コード	検査項目名
3375	血清ミオグロビン
5230	シクロスポリン
4018	コルチゾール
3829	リポ蛋白(a)

項目コード	検査項目名
3793	タクロリムス
4709	CK-MB精密
3853	BNP
5640	抗ミトコンドリアM2抗体

変更期日：2018年4月2日(月)受付分より

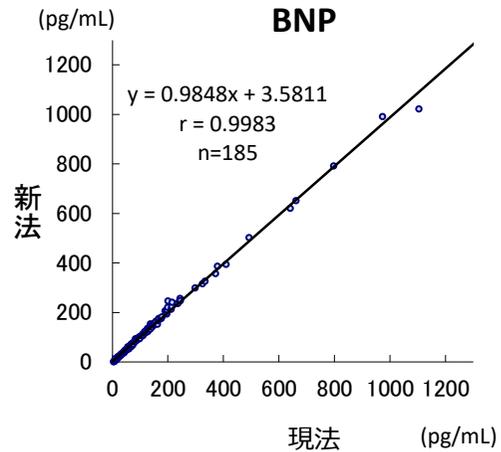
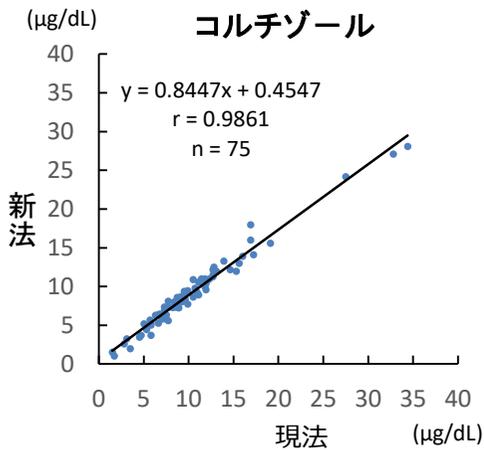
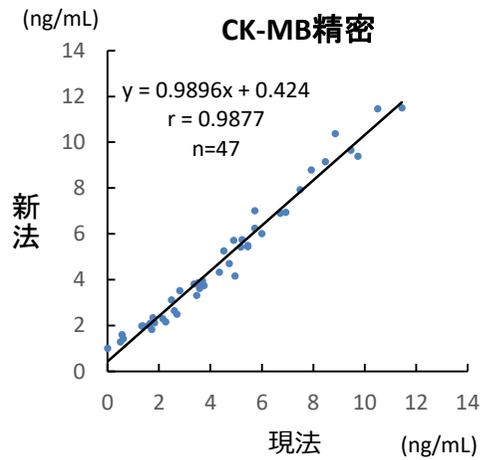
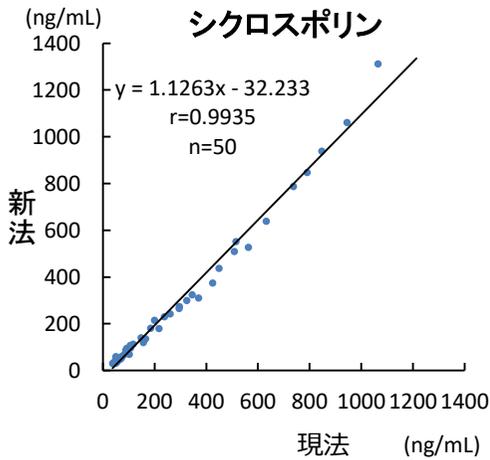
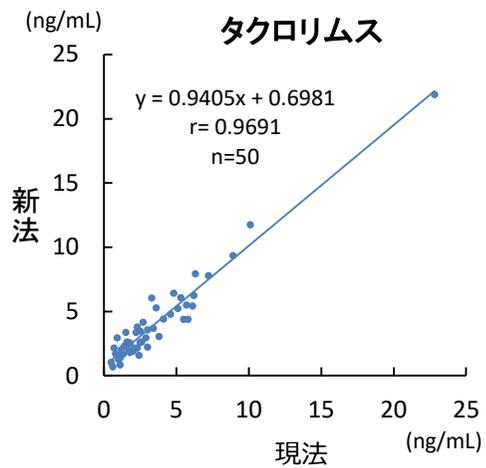
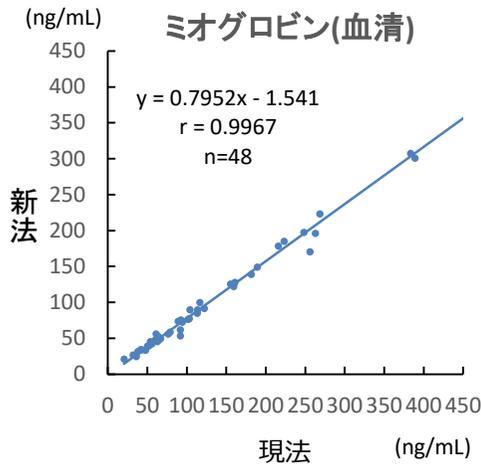
お問い合わせは最寄りの営業所 または、
本社・研究所にお願いいたします。

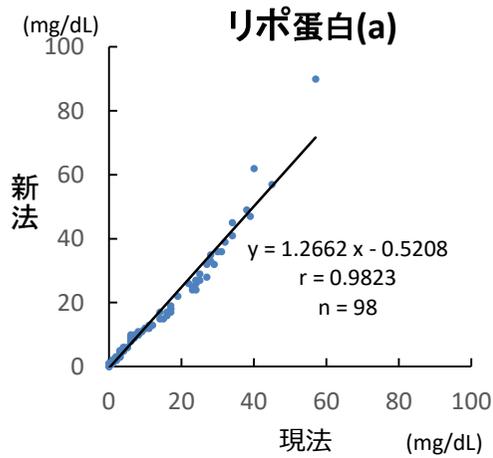
SMS 株式会社 **昭和メディカルサイエンス**
本社・研究所：東京都町田市南町田三丁目45番18号
TEL 042 (795) 6000

◇検査内容変更項目

項目コード	検査項目名	変更内容	新	現	備考	
3375	血清ミオグロビン	検査方法	ECLIA法	CLIA法		
		基準範囲	M:28~72 ng/mL F:25~58 ng/mL	M:20.3~92.3ng/mL F:12.8~66.1ng/mL		
		報告範囲	20以下~9999.9以上	3.0未満~9999.9以上		
3793	タクロリムス	検査方法	ECLIA法	EIA法		
5230	シクロスポリン	検査方法	ECLIA法	EIA法		精度向上を目的とした測定試薬の変更
		報告範囲	30未満~99999以上	15未満~99999以上		
4709	CK-MB精密	検査方法	ECLIA法	CLIA法		
		基準範囲	3.1 ng/mL以下	5.9 ng/mL以下		
4018	コルチゾール	検査方法	ECLIA法	CLIA法		
		基準範囲	7.1~19.6 μ g/dL	4.5~21.1 μ g/dL		
		報告範囲	0.1以下~9999.9以上	1.0未満~60.0以上		
3853	BNP	検査方法	CLEIA法	EIA法	測定機器変更による測定試薬の変更	
		報告範囲	2.0未満~9999.9以上	4.0未満~2000以上		
3829	リポ蛋白(a)	基準範囲	30 mg/dL以下	40 mg/dL以下		
5640	抗ミトコンドリアM2抗体	項目コード	2831	5640	現測定試薬販売中止による測定試薬の変更	
		検査方法	FEIA法	EIA法		
		基準範囲	7.0未満	5.0未満		
		単位	U/mL	INDEX		
		報告範囲	0.5未満~400.0以上	1.0未満~60.0以上		

新法・現法の相関





抗ミトコンドリア M2 抗体判定一致率

		従来試薬			
		－	±	＋	合計
新試薬	＋	3	0	25	28
	±	0	0	2	2
	－	72	0	6	78
	合計	75	0	33	108

陽性一致率 76%
 陰性一致率 96%
 判定一致率 90%

陰性	7.0 U/mL未満
疑陽性	7.0 U/mL～10.0 U/mL以下
陽性	10.0 U/mLを超える

自社検討資料