

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喜び申し上げます。
平素は格別のご高配を賜り厚くお礼申し上げます。
このたび下記検査項目におきまして、検査内容を変更させていただきます。
ご承知いただきたくご案内いたします。
何卒ご了承賜りますようお願い申し上げます。

敬 白

記

◆ 変更実施日

2016年7月1日(金)ご依頼分より

◆ 変更項目

検査項目

- エベロリムス
- 抗ミュラー管ホルモン(AMH)

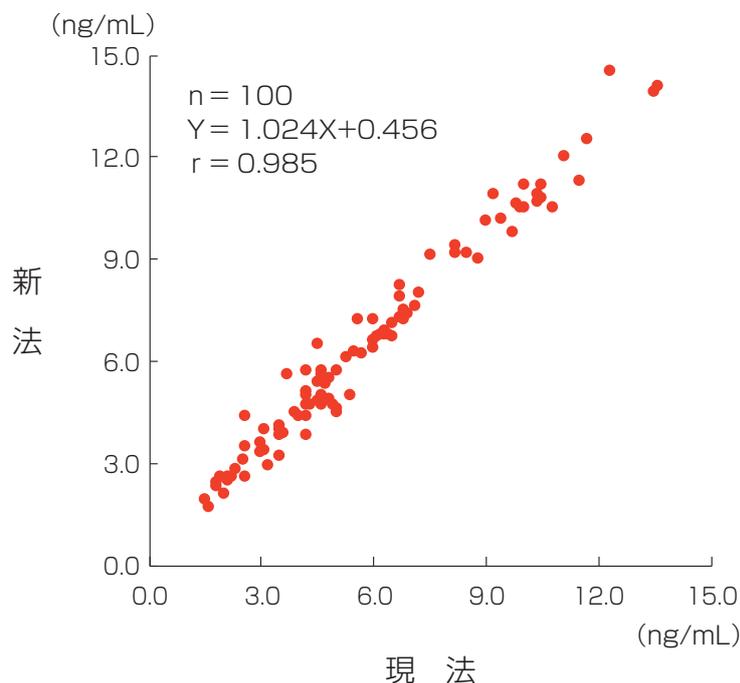
● エベロリムス

「抗悪性腫瘍剤」としてのエベロリムス血中濃度管理にも適した、測定範囲が広い試薬に変更させていただきます。また、抗悪性腫瘍剤の基準値(治療濃度範囲)を追加いたします。

測定試薬の変更により、所要日数、保存および採取容器も変更となります。

| 項目コードNo. ナビラボコード | 検査項目 | 変更内容 | 新 | 現 |
|-----------------------|--------|-------------|---|--|
| Y648 7 002920701 9 | エベロリムス | 項目コード | 6583 5 | Y648 7 |
| | | ナビラボコード | 002920901 7 | 002920701 9 |
| | | 検査方法 | ECLIA | ラテックス凝集比濁法 |
| | | 基準値 (単位) | 免疫抑制剤としてシクロスポリンと併用した場合 Trough 3.0~8 抗悪性腫瘍剤として使用した場合 Trough 5~15 (ng/mL) | 免疫抑制剤としてシクロスポリンと併用した場合 Trough 3.0~8 (ng/mL) |
| | | 報告範囲 | 0.5未満、 0.5~99900000 | 1.5未満、 1.5~999000.0 |
| | | 保 存 | 凍結保存してください | 冷蔵保存してください |
| | | 容 器 | PKF (g 1) | PK2 (g) |
| | | 所要日数 | 2~4日 | 2~6日 |
| | | 備 考 | 他の検査項目との同時依頼はできませんので、ご注意ください。 サーティカン アフィニートール | 他の検査項目との同時依頼はできませんので、ご注意ください。 本検査の特定薬剤治療管理料適用対象は、免疫抑制剤のみです。 サーティカン |

▶ 現法と新法の比較



●抗ミュラー管ホルモン (AMH)

現試薬の販売中止に伴い、改良試薬へ変更いたします。これに伴い、検査方法等を変更いたします。
基準値に変更はありません。

| 項目コードNo. ナビラボコード | 検査項目 | 変更内容 | 新 | 現 |
|-----------------------|---------------------|-------------|--------------------------|--------------------------|
| 6394 1 004510802 0 | 抗ミュラー管ホルモン (AMH) | 項目コード | 6584 2 | 6394 1 |
| | | ナビラボ コード | 004510602 2 | 004510802 0 |
| | | 検査方法 | CLEIA | ELISA |
| | | 報告範囲 | 0.02未満、 0.02~99900000 | 0.10未満、 0.10~99900000 |

▶ 現法と新法の比較

