

検査内容変更のお知らせ

謹啓 時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。日頃は格別のお引き立てを賜り厚くお礼申し上げます。

この度、下記の検査項目につきまして、検査内容を変更いたしますので謹んでお知らせ申し上げます。

ご利用の先生方には大変ご迷惑をおかけすることと存じますが、何卒ご了承賜りますよう、よろしくお願い申し上げます。

謹白

記

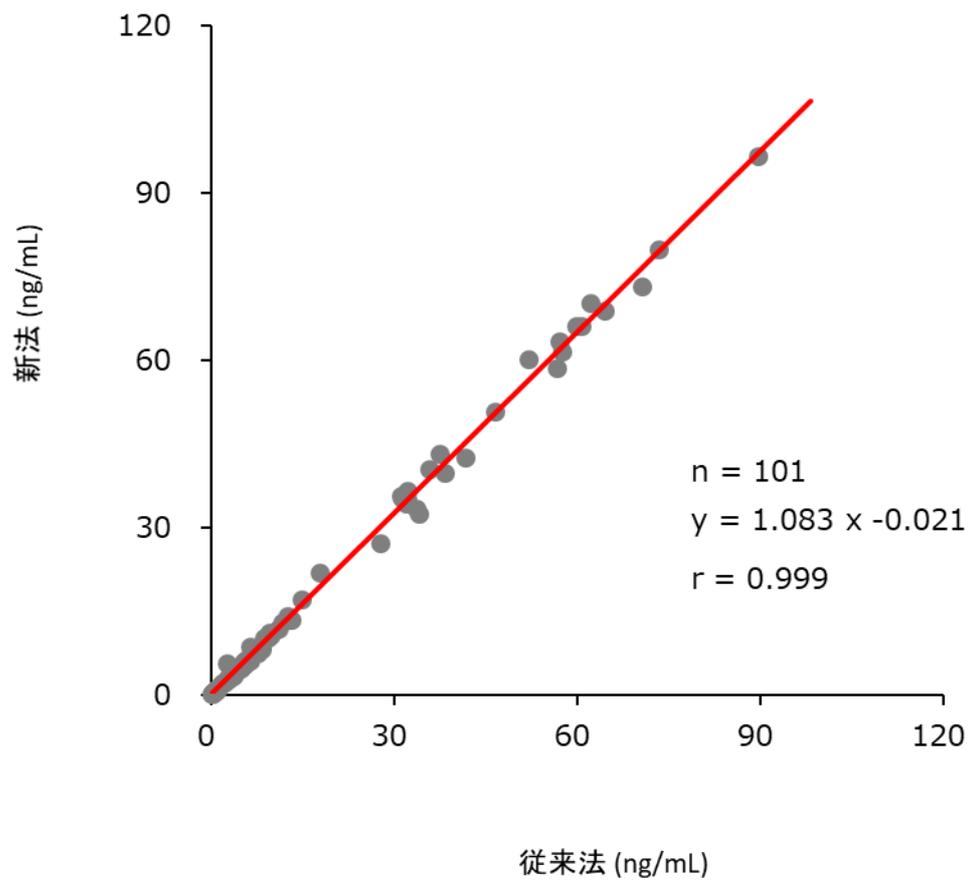
■実施日

2020年 4月 1日(水) ご依頼分より変更

■対象項目および変更内容

項目コード	検査項目名称	変更内容	新	従来	検査案内掲載ページ	備考
1801	フェノバルビタール	基準値 (治療濃度範囲)	10~40 ($\mu\text{g}/\text{mL}$)	10~25 ($\mu\text{g}/\text{mL}$)	P68	ガイドラインに準拠
3062	前立腺特異抗原 (PSA)	検査方法	CLEIA法	ECLIA法	P16	測定試薬及び測定機器の変更
		保存方法	冷蔵	凍結		
3834	PSA F/T 比	検査方法	CLEIA法	ECLIA法	P16	外部委託に変更委託先 (エスアールエル) - 基準値 - 25%はPSAのグレーゾーン (4.00~10.0ng/mL)における前立腺肥大症と前立腺癌の判別に用いるカットオフ値です。(低値ほど前立腺癌の確率が高くなります)
		提出量	血清 0.8mL	血清 0.7mL		
		基準値	25% (PSAのグレーゾーンにおけるカットオフ値)	なし		
		所要日数	3~5	1~2		

<前立腺特異抗原(PSA)相関図>



以上

検査のご依頼に関するご不明な点やご要望等につきましては、弊社営業担当、
または学術インフォメーションまでお問い合わせ下さい。TEL:075-631-6230