

クオンティフェロン検査変更のお知らせ

拝啓 時下ますますご清祥の段、お慶び申し上げます。

平素は格別のお引き立てをいただき、厚く御礼申し上げます。

さてこの度、下記項目におきましては本年4月1日(木)より第3世代試薬変更に伴い、検査受託日等の変更させていただきます。また、各検体の測定結果が「10 IU/ml」を超える値は、「>10 IU/ml」と報告させていただく運びになりましたので、取り急ぎご案内する次第です。何卒、事情をご高配いただきご容赦いただきますようお願い申し上げます。

敬具

記

【変更項目】 3263 結核菌特異蛋白刺激性遊離インターフェロン γ 測定
(クオンティフェロン TB)

【検査要項】

	変更後	変更前
項目コード	3263	3035
採血容器	3本の専用採血管(灰色、赤色、紫色) (各 1mL 採血)	抗凝固剤(ヘパリン)入り採血管 (5ml以上採血)
検体取扱	16時間以内に当社検査室に搬入	採血後 12時間以内に提出
報告型式	インセイ・ヨウセイ・ ハンテイホリュウ・ハンティフカ	一・十 ハンテイホリュウ・ハンティフカ
受託日	月曜日～土曜日(夜間、祝日を除く) 事前予約不要	月曜日～木曜日(祝日、祝前日を除く) 要予約検査
所要日数	3～5日	3～10日
実施料	D015:24 600点	D015:24 420点
備考	2010年度総合検査のご案内に掲載予定	総合検査のご案内 P.93

【変更期日】

平成 22 年 4 月 1 日(木)受付日分より

