

検査内容変更のお知らせ

謹啓 陽春の候、先生方におかれましてはますますご清祥のこととお慶び申し上げます。
平素から格別のお引き立てを賜り厚くお礼申し上げます。

この度、外部委託先より下記の項目につきまして、検査内容の変更および受託中止の案内がございましたのでお知らせいたします。

ご利用いただいております先生方にはご了承賜りますようよろしくお願い申し上げます。
今後とも当センターをご利用いただきますようよろしくお願い申し上げます。

謹白

記

※ 実施日 令和3年4月1日(木) ご依頼分より

◆対象項目：抗セントロメア抗体

ラモトリギン、トピラマート、レベチラセタム

項目コード	検査項目	変更内容	新	現	検査案内掲載ページ
2565	抗セントロメア抗体	検査方法	CLEIA法	ELISA法	無し
		基準値 (単位)	10.0未満 (U/mL)	10.0未満 (なし)	
		報告範囲	2.0未満 2.0~499 500以上	5.0未満 5.0~299 300以上	
0709	ラモトリギン	基準値 (治療濃度範囲) (単位)	2.5~15 (μ g/mL)	設定なし	無し
0355	トピラマート	基準値 (治療濃度範囲) (単位)	5~20 (μ g/mL)	設定なし	
0358	レベチラセタム	基準値 (治療濃度範囲) (単位)	12~46 (μ g/mL)	設定なし	

◆受託中止項目：特異的IgEアレルゲン：ピティロスポリウム

ピティロスポリウムの中止に伴う代替項目としてマラセチア(属)をお勧めします。

マラセチア(属)：ヒト及び動物の皮膚常在菌(成人の80%が保有)でありアトピー性皮膚炎との関連が報告されています。

令和3年3月