

## 検査内容変更のご案内

謹啓 時下益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り、厚くお礼申し上げます。

この度、下記に掲げる検査項目におきまして、検査内容を変更させていただきたくご案内申し上げます。

何卒、ご了承賜りますようお願い申し上げます。

敬白

記

■実施日 平成 28年 6月 30日(木)ご依頼分より

■変更項目および変更内容

案内書 掲載頁	項目コード 統一コード	検査項目	変更箇所	新	現	備考
45	9519 3M815	エベロリムス	容器	85	04	測定委託先における変更のため。
			保存	凍結	冷蔵	
			検査方法	ECLIA	ラテックス凝集比濁法	
			有効治療濃度	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 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	
			所要日数	4~6日	4~8日	
			報告範囲	0.5未満、 0.5~99900000	1.5未満、 1.5~999000.0	
		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		
144	4340	抗ミューラー管ホルモン	検査方法	CLEIA	ELISA	
			報告範囲	0.02未満、 0.02~99900000	0.10未満、 0.10~99900000	

ご不明な点等ございましたら貴院担当もしくは当社インフォメーションまでお申し付けください。