

## 検査内容変更および中止のご案内

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、検査内容の変更および検査受託を中止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。

謹白

記

■実施日 2024年 12月 5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
43	1150 3F253	肺サーファクタントプロテインD(SP-D)	検査方法	ラテックス免疫凝集法	CLEIA	
138	9420 5F150	アデノウイルスDNA定性	検査方法	PCR (リアルタイムPCR)	PCR	測定委託先における変更のため。
			基準値	検出せず	陰性	
			所要日数	4~10日	5~11日	
			検査案内 備考欄	他項目との重複依頼は避けて下さい。本検査方法ではコンタミネーションの影響がより大きくなりますので、検体採取にあたっては取り扱いに十分ご注意ください。 結膜ぬぐい液: 患部をぬぐった滅菌綿棒を1mLのPBSまたは生理食塩水が入った滅菌ポリスピッツ(89)に入れ、そのまま凍結保存して下さい。 PCRではコンタミネーションの影響がより大きくなりますので、検体採取にあたっては取り扱いに十分ご注意ください。 アデノウイルスの測定対象は、1,2,3,4,5,6,7,8,11,19,37型です。ただし、型判定は実施出来ません。 結膜ぬぐい液: 患部をぬぐった滅菌綿棒を1mLのPBSまたは生理食塩水が入った滅菌ポリスピッツ(89)に入れ、そのまま凍結保存して下さい。		

※裏面にも案内がございますので、ご覧ください。

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。

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
142	2763 8C491	JAK2V617F遺伝子変異解析	検体量	血液 2mL	血液 5mL	測定委託先における変更のため。
未掲載	8C833	HTT遺伝子CAG反復配列解析(ハンチントン病)				
	8C494	MPN遺伝子変異解析				
	8C981	キメリズム解析移植前ドナー[PCR]		血液 2mL	血液 7mL	

■最終受付日 2024年 12月 4日(水)ご依頼分をもって受託中止

■検査受託中止項目

案内書掲載頁	項目コード 統一コード	検査項目	中止理由	代替項目
85	2039 5F018	HBc抗体[PHA]	測定委託先における受託中止のため。	[5405] HBc抗体[CLEIA] [5465] HBc抗体[CLIA]
155	4Z400	レプチン		代替項目下記参照。

■代替項目

項目コード 統一コード	検査項目	判断料 実施料	採取量(mL) 必要量(mL)	容器	保存	検査方法	基準値	所要 日数	備考
1237 4Z400	レプチン	生Ⅱ 1000	血液 2 血清 0.3	01 21	冷 冷	ELISA	ng/mL M 0.6~8.9 F 1.9~26.6	要確認 (不定期)	採血後、速やかに血清分離して下さい。 全身性脂肪萎縮症におけるカットオフ値は男性0.6ng/mL未満、女性1.9ng/mL未満です。 ※ 0AA

※ ア「レプチン」は、脂肪萎縮、食欲亢進、インスリン抵抗性、糖尿病及び脂質異常症のいずれも有する患者に対して、全身性脂肪萎縮症の診断の補助を目的として、ELISA法により測定した場合に、患者1人につき1回に限り算定する。

イ 本検査の実施に当たっては、関連学会が定める指針を遵守し、脂肪萎縮の発症時期及び全身性脂肪萎縮症を疑う医学的な理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。