

先生各位

検査内容変更のご案内

謹啓 時下益々ご清祥のこととお喜び申し上げます。また、平素はひとかたならぬお引き立てを賜わり厚くお礼申し上げます。

さて、下記の項目におきまして、検査内容を変更させていただきますのでご案内申し上げます。
今後とも変わらぬご愛顧のほど、よろしくお願い申し上げます。

謹白

記

《変更日》 平成 19 年 1 月 31 日(水)受付分より

《変更内容》

総合検査案内	検査コード	検査項目名称	変更内容	変更後	変更前
P.65	0257	アスペルギルス抗原	基準値	0.5 未満 陰性	1.0 未満 陰性
			判定基準	下記参照	

その他の検査内容に変更はございません。

アスペルギルス抗原 判定基準

変更後

判定	
陰性	0.5 未満
陽性	0.5 以上

変更前

判定	
陰性	1.0 未満
判定保留	1.0 ~ 1.4
陽性	1.5 以上

《変更理由》

委託先における変更

(侵襲性アスペルギルス症患者に対する感度向上のため判定基準のみ変更)

	カットオフインデックス		
	0.5 (新基準)	1.0	1.5 (現行基準)
感度	97.4 %	81.6 %	76.3 %
特異度	90.5 %	96.5 %	97.5 %

注) 委託先資料より

《注 意》

判定基準の変更に伴い、感度は向上しますが特異度は低下いたします。従いましてアスペルギルス症診断は、臨床症状やその他の検査など総合的にご判断下さい。