

Information

문서 번호: 24-50
작성일자: 2009. 7. 24
수 신: 병(의)원장
참 조: 진단검사의학과, 원무관련부서, 외부수탁담당자
제 목: **검사항목의 참고치 변경**

1. 귀 원의 무궁한 발전을 기원하며 아울러 저희 삼광의료재단을 이용해 주셔서 깊이 감사드립니다.
2. 재단에서 실시하고 있는 검사항목의 정보가 변경되어 알려드리오니, 진료 및 병원 업무에 참고하시기 바랍니다.

검사정보 변경

적용일자 : 즉시

보험정보	검사명	참고치		비고
		변경전	변경후	
나 506 가 C5061	Anti β 2-GP1 IgG Ab	(단위 : U/mL) Normal < 5 Borderline: 5-8 Elevated > 8	(단위 : G units) Normal < 20 Elevated \geq 20	시약변경으로 참고치 변경
나 506 가 C5062	Anti β 2-GP1 IgM Ab	(단위 : U/mL) Normal < 5 Borderline: 5-8 Elevated > 8	(단위 : M units) Normal < 20 Elevated \geq 20	