

문서번호: 33-34

발 행: 2018.06.25

수 신: 병(의)원장

참 조: 진단검사의학과, 원무관련부서, 외부수탁담당자

제 목: Anti GAD Ab, Stool Fat 검사 검사정보 변경 안내

1. 귀 원의 무궁한 발전을 기원하며 아울러 저희 삼광의료재단을 이용해 주셔서 깊이 감사 드립니다.

2. 아래와 같이 검사정보가 변경되어 알려드리오니 병원업무 및 환자진료에 참고하시기 바랍니다.

◦ Anti GAD Ab 검사 검사정보 변경 안내

◦ Stool Fat 검사 검사정보 변경 안내

## 검사정보 변경

검사명	검사정보		비고
	변경 전	변경 후	
Anti GAD Ab (S) (SML code: 51220)	<u>참고치</u> :(단위: U/mL) ≤ 1.00	<u>참고치</u> :(단위: U/mL) Negative < 1.00 Grey zone 1.00-1.99 Positive ≥ 2.00	◦사약변경으로 인한참고치 변경 ◦적용 일자: 2018년 7월 6일 접수분부터 ※ CSF 검사의 경우 변경사항 없음
Fat 정성 (SML code: 12940)	<u>검체/검체량</u> : Stool 2.0 g <u>보존방법</u> : 실온 <u>검사일/소요일</u> : 매일 / 2 일	<u>검체/검체량</u> : Stool 3.0 g <u>보존방법</u> : 냉장 <u>검사일/소요일</u> : 매일 / 1-2 일	◦검사정보 변경 ◦적용 일자: 즉시

끝