

문서번호: 34-28
발 행: 2019.5.14
수 신: 병(의)원장
참 조: 진단검사의학과, 원무관련부서, 외부수탁담당자
제 목: **일부 검사항목의 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 Parietal cell Ab 검사 참고치 변경 안내
 - BCA225 검사 참고치 변경 안내

검사정보 변경

검사명	검사정보		비고
	변경 전	변경 후	
Anti Parietal cell Ab (SML code: 51420)	<u>참고치</u> : Negative < 1:10	<u>참고치</u> : Negative	◦참고치 표기 변경 ◦적용일자: 2019년5월20일 접수분부터
BCA225 (SML code: 01440)	<u>참고치</u> : (단위: U/mL) ≤ 160	<u>참고치</u> : (단위: U/mL) < 160	◦재유탍처의참고치 변경 ◦적용일자: 2019년5월20일 접수분부터

끝