

()

()446-913

314

(031)260-9600 <http://www.gcrl.co.kr>

M.D

(hklee@mail.gcrl.co.kr)

: 06 - 131

2006 07 27

1.

2.

1.

8 1

가

| | | | | |
|------------------------|-------------------------------------|-------|------------------|-------|
| | | | | |
| Cobalt (24hr urine) | 1 ~ 10 ng/mL | : AAS | Below 2.0 ug/day | : AAS |
| Selenium(WB) | 58 ~ 234 ug/L (5.8 ~ 23.4 ug/dL) | (5) | 95 174 ug/L | (1) |

2. Histamin

Specialty lab.()

: 2006 07 18

| | | |
|--|--------------------------|---------------------------|
| | | |
| | 24hr urine 10 mL | Random or 24hr urine 2 mL |
| | Below 35 ug/g.creatinine | < 60 ug/g.creatinine |
| | 10,810 (366, C3660) | 100,580 |

Histamin

(tube) 24hr urine

Mix.

3.

| | | | |
|---------------------------------|-------|--------|------------|
| | | | |
| CD 55/CD 59(PNH) | /5 | /3 | (: 8 21) |
| PTH-rP (PTH related peptide) | , /15 | /20 25 | (:8 1) |

4. _____

comment . (;www.gcrl.co.kr download 가 .)

| No. | | No. | | |
|-----|-------------------|-----|---------------|----------------|
| 1 | Nordiazepam | 5 | Ethosuximide | . : : 08 01 |
| 2 | Sirolimus | 6 | Clonazepam | |
| 3 | Diazepam(Valium) | 7 | Clozapine | |
| 4 | Mycophenolic acid | 8 | Oxcarbazepine | |

5. _____

7 19

| | (mL) | / | | |
|------------------|-------------|-----|---------|---|
| APC gene | EDTA WB 6.0 | /30 | 549,000 | 가 |
| PTEN | EDTA WB 6.0 | /30 | 358,770 | |
| BRCA family test | EDTA WB 3.0 | /15 | 70,000 | |
| FLT3/ITD | EDTA WB 6.0 | /15 | 60,000 | |
| FLT3/TKD | EDTA WB 6.0 | /15 | 60,000 | |

6. Anti Tetanus Ab _____

: 2006 08 01

| | EIA | ICA |
|---|--------------|------------------------|
| | Serum 1.5 mL | Serum 1.0 mL |
| | > 0.15 IU/mL | Negative |
| / | / 14 | , / 5 |
| | 200,000 | 12,280 (466,C4662196) |

7. _____

8 1

. : CMV IgG avidity, Toxoplasma IgG avidity

진단검사의학과 약물검사의뢰서

| | |
|---|--|
| 의뢰병원* | 진료과* |
| 담당의사* | 의뢰일* 년 월 일 |
| 전화번호* | 팩스번호* |
| 휴대전화번호 | E-mail* |
| 환자이름* | 주민등록번호* |
| 주소 | 전화번호* |
| 진단명* | |
| 자문의뢰목적 (해당항목에 표시)* 1) 투약용법 적정성 확인 2) 치료효과 미흡 3) 특성약심 2) 4) Compliance 확인 | 키* cm 몸무게* kg |
| 투약력* 치료시작 날짜 : 200 자문의뢰 약물 용법 (용량, 간격, 경로) 병용약제 : 2개월전 투약력기재 : | |
| 관련검사 결과* CBC : - - K PT/PTT AST/ALT/ALP , BUN/Cr | |

* 표시된 항목은 반드시 기입해주세요.

■ 의뢰 검사명

검사명 _____

■ 주의사항

1. 약물검사를 위한 혈액 검체는 plain 용기에 채혈한 후 원심분리 후 0.5ml 이상의 Serum을 보내 주십시오.
2. 모든 검체 용기에는 환자의 이름, 생년월일 및 채혈일을 기재하시고 본 검사의뢰서를 함께 동봉하여 가능한 신속히 (24시간내) 검사실로 우송하여 주십시오.

검사시행기관: 삼성서울병원 진단검사의학과 유전생화학검사실(02-3410-6470)