

平成 26 年度（第 22 回）福島県臨床衛生検査技師会精度管理調査
臨床化学検査部門 実施の手引き

1、送付物

- 1) 試料 No. 1, 2 (ヒトプール血清 3ml) 各 1 本 計 2 本
 - 2) 試料 No. 3, 4 (ヒトプール血清 1ml) 各 1 本 計 2 本
 - 3) 試料 No. 5 (HbA1c 用ヒト全血 2ml) 1 本
 - 4) 試料 No. 6 (HbA1c 用ヒト溶血血球 0.2ml) 1 本
- * 試料 No. 5, 6 は、HbA1c 精度管理参加施設のみに配布
- 5) 臨床化学部門結果入力用 CD (未使用 CD)

2、分析対象項目

試料 1, 2	AST ALT ALP LD γ -GT CK AMY ChE T-Bil TP ALB UN CRE UA Ca IP Fe Na K Cl GLU CRP
試料 3, 4	TC TG HDL-C LDL-C
試料 5, 6	HbA1c

3、測定方法および注意事項

- 1) 到着した試料の性状を確認し、速やかに冷蔵庫で保存してください。
試料 1、2 の性状を報告してください。
(7 月 14 日 12 時に凍結保存を融解したものです)
- 2) 試料 1~4 は、転倒混和後 **7 月 16 日 12 時まで**に測定してください。
- 3) 試料 5 は、EDTA 添加血液です。通常の分析法にて測定してください。
- 4) 試料 6 は、ヘモグロビン濃度約 12g/dl の溶血血球です。
下記を参考に自施設の分析方法に適した測定を行ってください。

東ソー	溶血洗浄液にて 151 倍希釈 (AREA HIGH、AREA LOW 表示がないこと)
アークレイ	専用希釈液または、H 液にて希釈 HA8160・HA8170 151 倍希釈 HA8180・HA8181・AH8280 76 倍希釈
協和メデックス	精製水にて 46 倍希釈
ロシュ・ダイアグノスティクス	希釈せずに測定
シーメンス HCD	希釈せずに測定
積水メディカル	前処理液にて 11 倍希釈 (専用希釈液は不要)

試料は感染の危険性があります。取り扱いには充分注意してください。

4、結果記入上の注意

- 1) 測定機器、試薬メーカー、測定方法、検量方法、補正コードについては、各コード表から該当する番号を選択し回答してください。
その他の測定機器、メーカー、測定方法を選択した場合は、備考欄に測定機器名等を記入してください。(次年度の参考とします)
補正コードは、必ず記入してください。補正している場合は、補正式(係数)と**演算された値**を記入してください。
- 2) 性別の設定がない項目の基準範囲は、**男性欄にのみ**記入してください。
- 3) 報告単位は結果記入用紙の通りです。有効数値は下記の通り報告してください。

整数報告	AST ALT ALP LD γ -GT CK AMY ChE Fe Na Cl GLU TC TG HDL-C LDL-C
小数点第一位報告	TP ALB UN UA Ca IP K eGFR HbA1c
小数点第二位報告	T-Bil CRE CRP

- 4) **eGFR** は、下記の性別年齢と試料 1、2 の測定値から計算してください。

試料 1	50 歳・男性・試料 1 の CRE 測定値
試料 2	50 歳・女性・試料 2 の CRE 測定値

- 5) 外部精度管理参加の有無を記入してください。

5、結果報告方法

- 1) 「第 22 回精度管理調査」CD 内にある「臨床化学部門結果報告用紙」に測定結果等を入力してください。
 - 2) Excel ファイル名を「臨床化学部門結果報告用紙」から施設 No に変更してください。
 - 3) 「結果入力用 CD」に施設 No のファイルを書き込んでください。
 - 4) 「結果入力用 CD」と印刷した**結果報告用紙**を返却してください。
- 【注意】バックアップとして報告ファイルは、**パソコン等に保存**してください。

締め切り：平成 26 年 7 月 25 日 (金)

配布試料、実施要項などの送付不備や不明な点がございましたら、下記までご連絡ください。

<問い合わせ先>

臨床化学部門担当 菅野千恵美

〒960-8550

福島市方木田字水戸内 19-6

(公財) 福島県保健衛生協会 検査課

TEL 024-546-0506 (直通)

FAX 024-545-6503

E-mail chiemi_k_1@fhk.or.jp

平成26年度(第22回)福島県臨床衛生検査技師会精度管理調査

臨床化学検査部門結果記入用紙

施設名 _____ 施設No _____ 試料到着日時 _____ 0時00分
 担当者 _____ E-mail _____ 試料測定日時 _____ 0時00分
 TEL _____ FAX _____ 試料1,2の性状 _____

項目	測定機器	試薬メーカー	使用単位	測定方法	検量方法	補正コード	補正式(係数)	基準範囲		試料1	試料2	試料3	試料4
								男性	女性				
AST			U/l					～	～			/	/
ALT			U/l					～	～			/	/
ALP			U/l					～	～			/	/
LD			U/l					～	～			/	/
γGT			U/l					～	～			/	/
CK			U/l					～	～			/	/
AMY			U/l					～	～			/	/
ChE			U/l					～	～			/	/
T-Bil			mg/dl					～	～			/	/
TP			g/dl					～	～			/	/
ALB			g/dl					～	～			/	/
UN			mg/dl					～	～			/	/
CRE			mg/dl					～	～			/	/
eGFR	/	/	ml/min/1.73㎡	/	/	/	/	～	～			/	/
UA			mg/dl					～	～			/	/
Ca			mg/dl					～	～			/	/
IP			mg/dl					～	～			/	/
Fe			μg/dl					～	～			/	/
Na			mmol/l					～	～			/	/
K			mmol/l					～	～			/	/
Cl			mmol/l					～	～			/	/
GLU			mg/dl					～	～			/	/
CRP			mg/dl					～	～			/	/
TC			mg/dl					～	～	/	/	/	/
TG			mg/dl					～	～	/	/	/	/
HDL			mg/dl					～	～	/	/	/	/
LDL			mg/dl					～	～	/	/	/	/

項目	測定機器	試薬メーカー	使用単位	測定方法	検量方法	補正コード	補正式(係数)	基準範囲(NGSP値)		試料5	試料6
								男性	女性		
HbA1c			%					～	～		

※外部精度管理調査の参加有無を教えてください

日本医師会	日本臨床衛生検査技師会
-------	-------------

備考 _____