

結核菌薬剤感受性試験パネルテスト依頼書

結核研究所抗酸菌レファレンスセンター

〒204-8533 東京都清瀬市松山 3-1-24 TEL: 0424-93-5771 FAX: 0424-92-4600 E-mail: mrc@jata.or.jp

依頼日： 年 月 日

結核菌薬剤感受性試験パネルテストは、薬剤感受性パターンが既知の結核菌について薬剤感受性試験を行い、検査の精度を確認する外部精度保証の方法のひとつです。下記の事項を熟読の上、同意の場合のみ署名捺印の上お申し込み下さい。

方法

1. 被験検体は、結核菌 20 株を小川培地上に発育した状態で送付する。送付する菌株は Supranational Reference Laboratory Network (全世界に 20 施設) で毎年実施されている薬剤感受性試験外部精度保証プログラムに使用された菌株を用い、SRLN での最終的な評価を基準として感受性・耐性を判定する。
2. 検査薬剤は Isoniazid、Rifampicin、Ethambutol および Streptomycin とする。
3. 感受性試験方法は、基本的に各施設で日常実施している方法(製品)を用いるが、基本的に比率法のみとする。調査用紙(別紙)に感受性試験に関するいくつかの事項を記入し、検査結果とともに結核研究所細菌検査科宛返送し、正誤を判定する。
4. それぞれの菌株の薬剤感受性試験の結果は「耐性」あるいは「感受性」のいずれかとして判定される。報告用紙に記入する際は、感受性には S、耐性には R を用いて表記する。
5. データについては「感度」、「特異度」、「Predictive Value R」、「Predictive Value S」、「効率性」および「再現性」を計算し評価する。

安全・倫理

1. 送付された結核菌の取り扱いには安全キャビネットを用いる。
2. 試供検体については、精度管理目的以外には使用せず、検査終了後に滅菌し廃棄する。また、他施設に分与しないこととする。
3. 被験検体により発生する事故等の一切の責任は依頼者側で負うこととする。

依頼施設住所	フリガナ		
	〒		
依頼施設名	フリガナ		
依頼責任者	フリガナ		
	所属	氏名	印
	TEL:	FAX:	

検査料金は下記口座に依頼日より一ヶ月以内にお振り込み願います。

銀行名：三井住友銀行清瀬支店 口座番号：普通 4522250

口座名義：財団法人結核予防会結核研究所抗酸菌レファレンスセンター 森 亨