

## Anti HBs (Hepatitis B virus surface Ab)

TMLT CODE 350533

LOINC\_NUM 5193-8

CGD\_CODE 36317

|                                             |                                                                                                                                                                                                    |
|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| การเตรียมผู้ป่วย                            | ไม่มี                                                                                                                                                                                              |
| Patient Preparation                         |                                                                                                                                                                                                    |
| ตัวอย่างส่งตรวจ                             | Serum Clot Activator tube (ฝาสีแดง)                                                                                                                                                                |
| Specimen - Container                        | ปริมาตร 3-5 mL                                                                                                                                                                                     |
| วันทำการ                                    | ทุกวันราชการ (จันทร์-ศุกร์) เวลา 08.30-15.00 น.                                                                                                                                                    |
| Testing Schedule                            |                                                                                                                                                                                                    |
| ประกันเวลา                                  | 2 ชั่วโมง                                                                                                                                                                                          |
| Turn Around Time                            | * นับจากเวลาได้รับส่งตรวจ                                                                                                                                                                          |
| วิธีวิเคราะห์-หลักการ                       | Chemiluminescence microparticle immunoassay                                                                                                                                                        |
| Methodology-Principle                       | เครื่องตรวจวิเคราะห์อัตโนมัติ Alinity-I                                                                                                                                                            |
| ค่าอ้างอิง                                  | 0-10 mIU/mL                                                                                                                                                                                        |
| Reference                                   |                                                                                                                                                                                                    |
| หน่วย                                       | mIU/mL                                                                                                                                                                                             |
| Unit                                        |                                                                                                                                                                                                    |
| ระยะเวลาที่สามารถขอตรวจเพิ่มได้             | ภายใน 7 วัน                                                                                                                                                                                        |
| (Time limit for requesting additional test) |                                                                                                                                                                                                    |
| คำแนะนำเพิ่มเติม                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>- นำส่งห้องปฏิบัติการ ภายใน 6 ชั่วโมง หลังเจาะเลือด</li> <li>- ระดับภูมิคุ้มกันต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีจากการติดเชื้อ หรือหลังการฉีดวัคซีน</li> </ul> |
| Comment                                     |                                                                                                                                                                                                    |

