

i-STAT CHEM8+ Cartridge (Kartusche)

Für den Gebrauch mit dem i-STAT Alinity System



NAME

i-STAT CHEM8+ Cartridge (Kartusche) – REF 09P31-25

VERWENDUNGSZWECK

Die i-STAT CHEM8+ Cartridge (Kartusche) mit dem i-STAT Alinity System ist für die *In-vitro*-Quantifizierung von Natrium, Kalium, Chlorid, ionisiertem Calcium, Glucose, Blut-Harnstoff-Stickstoff, Kreatinin, Hämatokrit und Gesamtkohlendioxid im arteriellen oder venösen Vollblut vorgesehen.

Analyt	Verwendungszweck
Natrium (Na)	Natriummessungen werden zur Überwachung von Störungen des Elektrolythaushalts verwendet.
Kalium (K)	Kaliummessungen werden bei der Diagnose und Überwachung von Krankheiten und klinischen Zuständen verwendet, die mit einem hohen oder niedrigen Kaliumspiegel einhergehen.
Chlorid (Cl)	Chloridmessungen werden hauptsächlich bei der Diagnose, Überwachung und Behandlung von Elektrolyt- und Stoffwechselstörungen verwendet, wie etwa zystischer Fibrose, diabetischer Azidose und Hydratationsstörungen.
Ionisiertes Calcium (iCa)	Messungen von ionisiertem Calcium werden bei der Diagnose, Überwachung und Behandlung von Zuständen wie Erkrankungen der Nebenschilddrüse, einer Vielzahl von Knochenerkrankungen, chronischen Nierenerkrankungen, Tetanie sowie Komplikationen im Zusammenhang mit einer chirurgischen oder intensivmedizinischen Behandlung verwendet.
Glucose (Glu)	Glucosemessungen werden bei der Diagnose, Überwachung und Behandlung von Störungen des Kohlenhydratstoffwechsels verwendet, wie etwa Diabetes mellitus, neonatale Hypoglykämie, idiopathische Hypoglykämie und Pankreasinseldzellkarzinom.
Blut-Harnstoff-Stickstoff (BUN/Urea)	Blut-Harnstoff-Stickstoff-Messungen werden für die Diagnose, Überwachung und Behandlung bestimmter Nieren- und Stoffwechselerkrankungen verwendet.
Kreatinin (Crea)	Kreatininmessungen werden bei der Diagnose und Behandlung von Nierenerkrankungen, bei der Dialyseüberwachung und als Berechnungsgrundlage für die Messung anderer Urinanalyten verwendet.
Hämatokrit (Hct)	Hämatokrit-Messungen können die Bestimmung und Überwachung des normalen oder abnormalen Erythrozyten-Gesamtvolumens u. a. bei Leiden wie Anämie, Erythrozytose und Blutverlust im Zusammenhang mit Trauma und chirurgischen Eingriffen unterstützen.
Gesamtkohlendioxid (TCO ₂)	Kohlendioxid wird als Marker bei der Diagnose, Überwachung und Behandlung zahlreicher potenziell schwerwiegender Erkrankungen im Zusammenhang mit Veränderungen des Säure-Basen-Haushalts im Körper verwendet.

ZUSAMMENFASSUNG UND ERLÄUTERUNG/KLINISCHE SIGNIFIKANZ

Messwerte:

Natrium (Na)

Tests auf Natrium im Blut sind von Bedeutung bei der Diagnose und Behandlung von Patienten mit Hypertonie, Nierenversagen oder Nierenfunktionsstörung, Herzstörungen, Desorientierung, Dehydratation, Nausea und Diarrhö. Zu den Ursachen für erhöhte Natriumwerte zählen u. a. Dehydratation, Diabetes insipidus, Salzvergiftung, Verluste über die Haut, Hyperaldosteronismus und ZNS-Störungen. Zu den Ursachen für verminderte Natriumwerte zählen u. a. Verdünnungshyponatriämie (Zirrhose), Hyponatriämie durch Natriumverlust und Syndrom der inadäquaten ADH-Sekretion.

Kalium (K)

Tests auf Kalium im Blut sind von Bedeutung bei der Diagnose und Behandlung von Patienten mit Hypertonie, Nierenversagen oder Nierenfunktionsstörung, Herzstörungen, Desorientierung, Dehydratation, Nausea und Diarrhö. Zu den Ursachen für erhöhte Kaliumwerte zählen u. a. glomeruläre Nierenerkrankungen, Nebennierenrindeninsuffizienz, diabetische Ketoazidose (DKA), Sepsis und In-vitro-Hämolyse. Zu den Ursachen für verminderte Kaliumwerte zählen u. a. renal-tubuläre Erkrankungen, Hyperaldosteronismus, Behandlung einer DKA, Hyperinsulinämie, metabolische Alkalose und diuretische Therapie.

Chlorid (Cl)

Tests auf Chlorid im Blut sind von Bedeutung bei der Diagnose und Behandlung von Patienten mit Hypertonie, Nierenversagen oder Nierenfunktionsstörung, Herzstörungen, Desorientierung, Dehydratation, Nausea und Diarrhö. Zu den Ursachen für erhöhte Chloridwerte zählen u. a. anhaltende Diarrhö, renal-tubuläre Erkrankungen, Hyperparathyreoidismus und Dehydratation. Verringerte Chloridwerte lassen sich u. a. auf anhaltendes Erbrechen, Verbrennungen, Nierenerkrankungen mit Salzverlust, Hyperhydratation und Thiazid-Therapien zurückführen.

Ionisiertes Calcium (iCa)

Ein Großteil des im Blut enthaltenen Calciums ist an Protein gebunden oder bildet einen Komplex mit kleineren anionischen Spezies, die biologisch aktive Fraktion von Calcium ist jedoch freies ionisiertes Calcium. Aufgrund seiner Funktion bei mehreren enzymatischen Reaktionen sowie bei Membrantransportmechanismen ist ionisiertes Calcium lebensnotwendig für die Blutgerinnung, Nervenleitung, neuromuskuläre Übertragung und Muskelkontraktion. Ein erhöhter Spiegel an ionisiertem Calcium (Hyperkalziämie) kann zum Koma führen. Weitere Symptome umfassen neuromuskuläre Störungen, wie z. B. Hyperreflexie, und/oder neurologische Störungen, wie z. B. Neurasthenie, Depressionen oder Psychosen. Ein verringerter Spiegel an ionisiertem Calcium (Hypokalziämie) manifestiert sich oft in Krämpfen (Tetanie), verringerter Herzschlagarbeit und verminderter Linksherzfunktion. Längere Hypokalziämie kann eine Knochendemineralisation (Osteoporose) bewirken, die wiederum Spontanfrakturen zur Folge haben kann. Messungen von ionisiertem Calcium haben sich unter folgenden klinischen Bedingungen als wertvoll erwiesen: Transfusion von Citratblut, Lebertransplantationen, Operationen am offenen Herzen, neonatale Hypokalziämie, Nierenerkrankungen, Hyperparathyreoidismus, Malignitäten, Hypertonie und Pankreatitis.

Glucose (Glu)

Glucose ist wichtiger Energielieferant des Körpers und die einzige Nährstoffquelle des Hirngewebes. Messungen zur Bestimmung des Blutzuckerspiegels sind von Bedeutung bei der Diagnose und Behandlung von Patienten mit Diabetes und Hypoglykämie. Zu den Ursachen für erhöhte Glucosewerte zählen u. a. Diabetes mellitus, Pankreatitis, endokrine Störungen (z. B. Cushing-Syndrom), Medikamente (z. B. Steroide, Thyreotoxikose), chronische Niereninsuffizienz, Stress oder intravenöse Glucoseinfusion. Zu den Ursachen für verminderte Glucosewerte zählen u. a. Insulinome, Nebennierenrindeninsuffizienz, Hypophyseninsuffizienz, schwere Lebererkrankung, Ethanolinnahme, reaktive Hypoglykämie und Glykogenspeicherkrankheit.

Blut-Harnstoff-Stickstoff (BUN/Urea)

Ein ungewöhnlich hoher Gehalt von Harnstoffstickstoff im Blut weist auf eine Störung oder ein Versagen der Nierenfunktion hin. Erhöhte Harnstoffstickstoff-Werte können ferner auf prärenale Azotämie (z. B. Schock), postrenale Azotämie, gastrointestinale Blutungen und eine proteinreiche Diät zurückzuführen sein. Ursachen für verminderte Harnstoffstickstoff-Werte sind u. a. Schwangerschaft, schwere Leberinsuffizienz, Hyperhydratation und Fehlernährung.

Kreatinin (Crea)

Erhöhte Kreatininwerte werden hauptsächlich mit einer anormalen Nierenfunktion in Zusammenhang gebracht und treten auf, wenn eine erhebliche Verringerung der glomerulären Filtrationsrate vorliegt oder die Urinausscheidung obstruiert ist. Die Konzentration von Kreatinin ist ein besserer Indikator für die Nierenfunktion als Urea oder Harnsäure, weil sie nicht von Ernährung, Bewegung oder Hormonen beeinflusst wird.

Der Kreatininspiegel wird in Kombination mit BUN verwendet, um zwischen prärenalen und renalen Ursachen für einen erhöhten Urea-/BUN-Wert zu unterscheiden.

Hämatokrit (Hct)

Der Hämatokrit ist ein Maß für den Volumenanteil der Erythrozyten. Dies ist ein entscheidender Indikator für den Hydratationszustand des Körpers, Anämie oder schweren Blutverlust sowie für die Fähigkeit des Bluts zum Sauerstofftransport. Ein verminderter Hämatokritwert kann entweder auf Hyperhydratation und ein hierdurch vergrößertes Plasmavolumen oder auf eine Verringerung der Erythrozytenzahl zurückzuführen sein, die durch eine Anämie oder Blutverlust verursacht wird. Ein erhöhter Hämatokritwert kann auf Flüssigkeitsverlust zurückzuführen sein, z. B. durch Dehydratation, diuretische Therapien und Verbrennungen, oder auf eine Erhöhung der Erythrozytenzahl, z. B. durch Herz-Kreislauf- und Nierenerkrankungen, Polycythaemia vera und Ventilationsstörungen.

Gesamtkohlendioxid (TCO₂)

TCO₂ ist ein Maß für Kohlendioxid, das in verschiedenen Zuständen vorkommt: CO₂ in physikalischer Lösung oder lose an Proteine gebunden, Bicarbonat(HCO₃⁻)- oder Carbonat(CO₃⁻)-Anionen und Kohlensäure (H₂CO₃). Die Messung von TCO₂ im Rahmen eines Elektrolytprofils ist hauptsächlich für die Bewertung der HCO₃⁻-Konzentration von Nutzen. TCO₂ und HCO₃⁻ sind nützlich bei der Bewertung von Säure-Basen-Ungleichgewicht (zusammen mit pH und *PCO*₂) und Elektrolytentgleisung.

TESTPRINZIP

Das i-STAT System verwendet direkte (ohne Verdünnung) elektrochemische Methoden. Die durch direkte Methoden ermittelten Werte können von den durch indirekte (mit Verdünnung) Methoden ermittelten Werten abweichen.¹

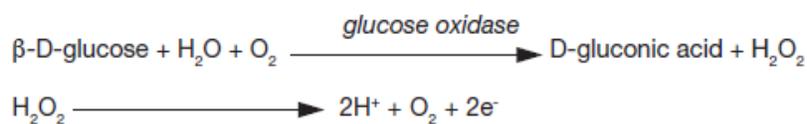
Messwerte:

Natrium (Na), Kalium (K), Chlorid (Cl) und ionisiertes Calcium (iCa)

Der jeweilige Analyt wird mittels Potentiometrie mit ionenselektiven Elektroden gemessen. Bei der Berechnung der Ergebnisse wird die Konzentration über die Nernst-Gleichung zum Potenzial in Relation gesetzt.

Glucose (Glu)

Glucose wird amperometrisch gemessen. Bei der Oxidation von Glucose, die durch das Enzym Glucose-Oxidase katalysiert wird, entsteht Wasserstoffperoxid (H₂O₂). Das freigesetzte H₂O₂ wird an der Elektrode oxidiert, wodurch ein Strom erzeugt wird, der proportional zur Glucosekonzentration der Probe ist.



BUN/Urea

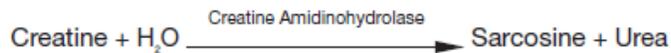
Urea (Harnstoff) wird bei einer durch das Enzym Urease katalysierten Reaktion zu Ammoniumionen hydrolysiert.



Die Ammoniumionen werden potentiometrisch von einer ionensensitiven Elektrode gemessen. Bei der Berechnung der Ergebnisse wird die Konzentration über die Nernst-Gleichung zum Potenzial in Relation gesetzt.

Kreatinin (Crea)

Kreatinin wird amperometrisch gemessen. Es wird bei einer durch das Enzym Kreatinin-Amidohydrolase katalysierten Reaktion zu Kreatin hydrolysiert. Kreatin wird dann bei einer durch das Enzym Kreatin-Amidinohydrolase katalysierten Reaktion zu Sarkosin hydrolysiert. Bei der Oxidation von Sarkosin, die durch das Enzym Sarkosinoxidase katalysiert wird, entsteht Wasserstoffperoxid (H_2O_2). Das freigesetzte Wasserstoffperoxid wird an der Platinelektrode oxidiert, wodurch ein Strom erzeugt wird, der proportional zur Kreatininkonzentration der Probe ist.



Hämatokrit (Hct)

Der Hämatokrit wird konduktometrisch bestimmt. Die gemessene Leitfähigkeit steht nach Korrektur aufgrund der Elektrolytkonzentration im umgekehrten Verhältnis zum Hämatokrit.

Gesamtkohlendioxid (TCO_2)

Das Verfahren der TCO_2 -Messung ist nach dem TCO_2 -Referenzverfahren der International Federation of Clinical Chemistry (IFCC)² mit einem Algorithmus auf der Basis der Henderson-Hasselbalch-Gleichung kalibriert, die Messungen des pH-Werts, des PCO_2 und der Ionenstärke (Na) verwendet.

Berechnete Werte:

Anionenlücke (AnGap)

Die Anionenlücke wird in der CHEM8+ Cartridge (Kartusche) wie folgt berechnet:

$$\text{Anion Gap (CHEM8+)} = (\text{Na} + \text{K}) - (\text{Cl} + (\text{TCO}_2 - 1))$$

Bei der Bestimmung der Differenz zwischen den gewöhnlich gemessenen Kationen Natrium und Kalium und den gewöhnlich gemessenen Anionen Chlorid und Bicarbonat gibt die Größe der Anionenlücke die nicht gemessenen Kationen und Anionen an. Daher handelt es sich um eine analytische Lücke. Aus physiologischer Sicht kann es kein Anionendefizit geben. Die Anionenlücke ist zwar relativ unspezifisch, jedoch nützlich für die Erkennung organischer Azidose aufgrund eines Anstiegs von schwer zu messenden Anionen sowie zur Klassifizierung einer metabolischen Azidose in hohe und normale Anionenlückentypen.

Hämoglobin (Hb)

Das i-STAT System zeigt einen berechneten Hämoglobinwert an, der folgendermaßen ermittelt wird:

$$\text{Hämoglobin (g/dL)} = \text{Hämatokrit (\% PCV)} \times 0,34$$

$$\text{Hämoglobin (g/dL)} = \text{Hämatokrit (Dezimalanteil)} \times 34$$

Zur Umrechnung eines Hämoglobinwerts von g/dL in mmol/L wird das angezeigte Ergebnis mit 0,621 multipliziert. Bei der Berechnung von Hämoglobin anhand des Hämatokrits (Hct) wird eine normale mittlere korpuskuläre Hämoglobinkonzentration (MCHC) angenommen.

eGFR (geschätzte glomeruläre Filtrationsrate)

Die geschätzte glomeruläre Filtrationsrate ist ein Maß für die Nierenfunktion und wird zur Untersuchung und Erkennung beginnender Nierenschäden, zur Diagnose chronischer Nierenerkrankungen (CNE) und zur Überwachung des Nierenstatus verwendet.

Das i-STAT Alinity kann ein berechnetes eGFR-Ergebnis angeben, wenn ein Kreatinin-Testergebnis vorliegt. Für die Berechnung gibt die folgenden beiden Optionen:

- Gleichung aus der Studie Modification of Diet in Renal Disease (MDRD)³:
 - **eGFR = 175 x [S_{cr}]^{-1,154} x (Alter)^{-0,203} x (0,742, wenn weiblich) x (1,212, wenn afroamerikanischer Herkunft)**, wobei S_{cr} für das Serumkreatinin (mg/dL) steht und das Alter in Jahren angegeben wird.
- CKD-EPI-Formel (Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration):
 - **eGFR = 141 x min(S_{cr}/k, 1)^α x max (S_{cr}/k, 1)^{-1,209} x 0,993^{Alter} x 1,018 [wenn weiblich] x 1,159 [wenn schwarze Hautfarbe]**, wobei S_{cr} für das Serumkreatinin (mg/dL) steht, k = 0,7 bei Frauen und 0,9 bei Männern, α = -0,329 bei Frauen und -0,411 bei Männern, min den minimalen Wert für S_{cr}/k oder 1 und max den maximalen Wert für S_{cr}/k oder 1 darstellt.

Grenzen des Verfahrens:

Die Formel gilt für Erwachsene zwischen 18 und 120 Jahren.

Warn- und Vorsichtshinweise:

Ein eGFR-Wert > 60 mL/min/1,73 m² schließt die Möglichkeit einer leichten Nierenerkrankung nicht aus. Es können weitere Labortests notwendig sein, um eine normale Nierenfunktion von einer leichten Nierenerkrankung zu unterscheiden.

Kreatininbasierte Schätzgleichungen werden nicht für Personen mit instabilen Kreatininkonzentrationen oder Personen mit extremer Muskelmasse und Ernährungsweise empfohlen.

Die MDRD-Gleichung für eGFR wurde nicht für Personen validiert, die 70 Jahre oder älter sind, da die Muskelmasse im Alter normalerweise abnimmt. Daher erfordert die eGFR bei Patienten über 70 Jahren eine klinische Korrelation, gilt aber dennoch als nützlicher Marker bei der Versorgung von Patienten über 70 Jahren.³

Weiter unten finden Sie Informationen zu Faktoren, die die Ergebnisse beeinflussen. Bestimmte Substanzen wie Medikamente können sich auf die In-vivo-Analytenkonzentrationen auswirken.⁴ Wenn die Ergebnisse von der klinischen Befundung abzuweichen scheinen, sollte die Patientenprobe erneut mit einer anderen Kartusche analysiert werden.

REAGENZIEN

Inhalt

Jede i-STAT Cartridge (Kartusche) umfasst einen Sensor mit Referenzelektrode, Sensoren für die Messung bestimmter Analyte und eine gepufferte wässrige Kalibrierlösung mit bekannten Konzentrationen an Analyten und Konservierungstoffen. Die CHEM8+ Cartridge (Kartusche) enthält folgende reaktive Bestandteile:

Sensor	Reaktiver Bestandteil	Biologische Quelle	Mindestmenge
Na	Natrium (Na ⁺)	n. z.	121 mmol/L
K	Kalium (K ⁺)	n. z.	3,6 mmol/L
Cl	Chlorid (Cl ⁻)	n. z.	91 mmol/L
iCa	Calcium (Ca ²⁺)	n. z.	0,9 mmol/L
Glu	Glucose	n. z.	7 mmol/L
	Glucose-Oxidase	<i>Aspergillus niger</i>	0,002 IU
BUN/Urea	Urea (Harnstoff)	n. z.	4 mmol/L
	Urease	<i>Canavalia ensiformis</i>	0,12 IU
Crea	Kreatinin	n. z.	158,4 µmol/L
	Kreatin-Amidohydrolase	Mikrobiell	0,01 IU
	Kreatinin-Amidohydrolase	Mikrobiell	0,02 IU
	Sarkosinoxidase	Mikrobiell	0,001 IU
TCO ₂	Kohlendioxid (CO ₂)	n. z.	25,2 mmHg

Warn- und Vorsichtshinweise

- Für den Gebrauch in der *In-vitro*-Diagnostik.
- Kartuschen sind nur für den Einmalgebrauch bestimmt. Nicht wiederverwenden.
- Die vollständigen Warn- und Vorsichtshinweise sind der Bedienungsanleitung des i-STAT Alinity Systems zu entnehmen.

Lagerbedingungen

- Bei 2–8 °C (35–46 °F) bis zum Verfallsdatum gekühlt lagern.
- Lagerung bei Raumtemperatur bei 18–30 °C (64–86 °F). Informationen zur Lagerung bei Raumtemperatur sind auf der Kartuschenschachtel angegeben.

GERÄTE

Die i-STAT CHEM8+ Cartridge (Kartusche) ist für die Verwendung mit dem i-STAT Alinity System vorgesehen (Modell-Nr. AN-500).

ENTNAHME UND VORBEREITUNG DER PROBEN FÜR DIE ANALYSE

Probentypen

Arteriell oder venöses Vollblut

Probenvolumen: 95 µL

Blutentnahmeoptionen und Testzeitraum (Zeit von der Entnahme bis zur Befüllung der Kartusche)
Da ein höheres Heparin-Blut-Verhältnis die Ergebnisse beeinflussen kann, füllen Sie die Blutabnahmeröhrchen und Spritzen unter Beachtung der Herstelleranweisungen vollständig auf.

Probenentnahme für CHEM8+	
Spritze	<p>Ohne Antikoagulans</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vor dem Befüllen der Kartusche auf anaerobe Bedingungen achten. • Probe unmittelbar vor dem Befüllen der Kartusche mischen. • Kartusche innerhalb von 3 Minuten nach der Probenentnahme befüllen. <p>Mit Antikoagulans (elektrolytkompensiertem Heparin)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vor dem Befüllen der Kartusche auf anaerobe Bedingungen achten. • Probe unmittelbar vor dem Befüllen der Kartusche mischen. • Kartusche innerhalb von 10 Minuten nach der Probenentnahme befüllen.
Vakuurröhrchen	<p>Ohne Antikoagulans</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vor dem Befüllen der Kartusche auf anaerobe Bedingungen achten. • Probe unmittelbar vor dem Befüllen der Kartusche mischen. • Kartusche innerhalb von 3 Minuten nach der Probenentnahme befüllen. <p>Mit Antikoagulans (Lithium-Heparin)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vor dem Befüllen der Kartusche auf anaerobe Bedingungen achten. • Probe unmittelbar vor dem Befüllen der Kartusche mischen. • Kartusche innerhalb von 10 Minuten nach der Probenentnahme befüllen.
Befüllen der Kartusche direkt per Hautpunktion	Nicht empfohlen

VORGEHENSWEISE FÜR KARTUSCHENTESTS

Vorbereitung für die Verwendung:

1. Einzelne Kartuschen können nach fünf Minuten Angleichung an die Raumtemperatur verwendet werden: Eine ganze Schachtel Kartuschen benötigt eine Stunde zur Angleichung an die Raumtemperatur.
2. Alle Kartuschen müssen unmittelbar nach dem Öffnen des Schutzbeutels verwendet werden.
3. Wenn der Schutzbeutel beschädigt ist, darf die Kartusche nicht verwendet werden.
4. Kartuschen nicht wieder in den Kühlschrank legen, nachdem sie auf Raumtemperatur gebracht wurden.

Durchführen von Patiententests

1. Auf dem Startbildschirm auf **Perform Patient Test** (Patiententest durchführen) tippen. Dadurch wird der Testpfad für den Patienten initiiert.
2. Zunächst den Anweisungen auf dem Bildschirm **Scan or Enter OPERATOR ID** (Bediener-ID scannen oder eingeben) folgen.
3. Den Anweisungen auf dem Bildschirm **Scan or Enter PATIENT ID** (Patienten-ID scannen oder eingeben) folgen.
4. Den weiteren Anweisungen auf dem Bildschirm folgen, um mit dem Patiententest fortzufahren. Der Schritt **Scan (CARTRIDGE POUCH) Barcode** (Barcode des Kartuschenbeutels scannen) ist notwendig. Diese Informationen können nicht manuell eingegeben werden.
5. Wenn mehr als ein Probenotyp möglich ist, wird der Bildschirm zur Auswahl des Probenotyps angezeigt. Den Probenotyp gegebenenfalls auswählen.
6. Den Anweisungen auf dem Bildschirm **Close and Insert Filled Cartridge** (Gefüllte Kartusche schließen und einsetzen) folgen. Unten auf dem Bildschirm befinden sich Aktionsschaltflächen zum Anzeigen des nächsten oder vorherigen Bildschirms oder zum Anhalten der Anzeige.
7. Nachdem die Kartusche eingesetzt wurde, wird **Contacting Cartridge** (Kontakt mit Kartusche) und ein Fortschrittsbalken angezeigt. Außerdem werden folgende Warnmeldungen angezeigt:

Cartridge locked in instrument. Do not attempt to remove the Cartridge (Kartusche im Gerät verriegelt. Nicht versuchen, die Kartusche zu entnehmen.) und **Testing - Instrument Must Remain Level** (Test läuft – Gerät muss waagrecht bleiben).

8. Nach Abschluss des Tests werden die Testergebnisse angezeigt.

Analysedauer

Ca. 130 bis 200 Sekunden.

Qualitätskontrolle

Das Qualitätskontrollprogramm des i-STAT Alinity Systems umfasst verschiedene Aspekte, und das System ist so ausgelegt, dass die Fehlerwahrscheinlichkeit reduziert wird:

1. Das i-STAT Alinity System führt bei jedem Test einer Probe automatisch eine Reihe umfassender Qualitätsprüfungen der Analyzer- und Kartuschenleistung durch. Dieses interne Qualitätssystem unterdrückt Ergebnisse, wenn der Analyzer oder die Kartusche nicht bestimmten internen Spezifikationen entspricht.
2. Zur Überprüfung der Integrität neuer Kartuschen stehen wässrige Kontrolllösungen zur Verfügung.
3. Darüber hinaus führt das System bei jedem Testzyklus interne elektronische Prüfungen und Kalibrierungen durch, und der Test des elektronischen Simulators ermöglicht die unabhängige Prüfung der Fähigkeit des Systems, in der Kartusche genaue und sensitive Messungen von Spannung, Stromstärke und Widerstand durchzuführen. Je nachdem, ob das Gerät diese Signale innerhalb der in der Gerätesoftware festgelegten Toleranzen misst, besteht es diese elektronische Prüfung entweder oder nicht.

Weitere Informationen zur Qualitätskontrolle sind der Bedienungsanleitung des i-STAT Alinity Systems unter www.pointofcare.abbott zu entnehmen.

Kalibrierungsprüfung

Unter Standardisierung versteht man den Prozess, bei dem ein Hersteller „wahre“ Werte für repräsentative Proben festlegt. Durch diese Standardisierung wird für jeden Sensor eine Mehrpunkt-Kalibrierung abgeleitet. Diese Kalibrierkurven sind über viele Produktchargen hinweg stabil.

Eine Einpunkt-Kalibrierung wird jedes Mal durchgeführt, wenn eine Kartusche verwendet wird, die kalibriert werden muss. Während des ersten Teils des Testzyklus wird die Kalibrierlösung automatisch aus der Folienverpackung abgegeben und über den Sensoren positioniert. Die Signale, die durch die Reaktionen der Sensoren auf die Kalibrierlösung erzeugt werden, werden gemessen. Durch diese Einpunkt-Kalibrierung wird der Offset der gespeicherten Kalibrierkurve angepasst. Als Nächstes bewegt das Gerät die Probe automatisch über die Sensoren, und die Signale, die durch die Reaktionen der Sensoren auf die Probe erzeugt werden, werden gemessen. Da Koeffizienten anstelle von grafischen Kalibrierkurven verwendet werden, entspricht das berechnete Ergebnis der aus der angepassten Kalibrierkurve abgelesenen Probenkonzentration.

ERWARTETE WERTE

TEST	EINHEITEN *	ANGABEBEREICH	REFERENZBEREICH	
			arteriell	venös
MESSWERT				
Na	mmol/L (mEq/L)	100–180	138–146 ⁵	
K	mmol/L (mEq/L)	2,0–9,0	3,5–4,9 ⁵ **	
Cl	mmol/L (mEq/L)	65–140	98–109 ⁵	
iCa	mmol/L	0,25–2,50	1,12–1,32 ⁶	
	mg/dL	1,0–10,0	4,5–5,3 ⁶	
Glu	mmol/L	1,1–38,9	3,9–5,8 ⁶	
	mg/dL	20–700	70–105 ⁶	
	g/L	0,20–7,00	0,70–1,05 ⁶	
BUN/Harnstoffstickstoff	mg/dL	3–140	8–26 ⁵	
	mmol/L	1–50	2,9–9,4 ⁵	
Urea (Harnstoff)	mg/dL	6–300	17–56 ⁵	
	g/L	0,06–3,00	0,17–0,56 ⁵	
	mmol/L	0,2–20,0	0,6–1,3 ⁷	
Crea	mg/dL	0,2–20,0	0,6–1,3 ⁷	
	µmol/L	18–1768	53–115	
Hämatokrit/Hct	% PCV***	15–75	38–51 **** ⁵	
	Anteil	0,15–0,75	0,38–0,51 ⁵	
TCO ₂	mmol/L	5–50	23–27 *****	24–29 *****
BERECHNETE WERTE				
AnGap	mmol/L	(-10)–(+99)	10–20 ⁶	
Hämoglobin/Hb	g/dL	5,1–25,5	12–17 ⁵	
	g/L	51–255	120–170 ⁵	
	mmol/L	3,2–15,8	7–11 ⁵	
Geschätzte glomeruläre Filtrationsrate (eGFR)	mL/min/1,73m ²	0–60	>90	
Geschätzte glomeruläre Filtrationsrate – schwarze Hautfarbe/afro-amerikanisch (eGFR-a)	mL/min/1,73m ²	0–60	>90	

* Im i-STAT System können die bevorzugten Einheiten konfiguriert werden. (Siehe „Einheitenumrechnung“ unten.)

** Der Referenzbereich für Kalium wurde gegenüber dem in Literaturverweis 5 angegebenen Bereich um 0,2 mmol/L verringert, um der Differenz zwischen den Ergebnissen für Serum und Plasma Rechnung zu tragen.

*** PCV, packed cell volume (Zellpackungsvolumen)

**** Die Referenzbereiche für Hämatokrit und Hämoglobin umfassen sowohl die weibliche als auch die männliche Population.

***** Berechnet mittels Siggaard-Andersen-Nomogramm.⁸

Einheitenumrechnung

- **Ionisiertes Calcium (iCa):** Zur Umrechnung eines Werts von mmol/L in mg/dL wird der Wert in mmol/L mit 4 multipliziert. Zur Umrechnung eines Werts von mmol/L in mEq/L wird der Wert in mmol/L mit 2 multipliziert.
- **Glucose (Glu):** Zur Umrechnung eines Werts von mg/dL in mmol/L wird der Wert in mg/dL mit 0,055 multipliziert.
- **BUN/Urea:** Zur Umrechnung eines BUN-Werts von mg/dL in einen Urea-Wert in mmol/L wird der BUN-Wert mit 0,357 multipliziert. Zur Umrechnung eines Urea-Werts in mmol/L in einen Urea-Wert in mg/dL wird der Wert in mmol/L mit 6 multipliziert. Zur Umrechnung eines Urea-Werts von mg/dL in einen Urea-Wert in g/L wird der Wert in mg/dL durch 100 geteilt.
- **Kreatinin (Crea):** Zur Umrechnung eines Werts von mg/dL in $\mu\text{mol/L}$ wird der Wert in mg/dL mit 88,4 multipliziert.
- **Hämatokrit (Hct):** Um ein Ergebnis von % PCV (Zellpackungsvolumen) in das Zellpackungsvolumen als Fraktion umzurechnen, wird das Ergebnis in % PCV durch 100 geteilt. Für die Hämatokritmessung kann das i-STAT System so angepasst werden, dass es mit Methoden übereinstimmt, die mit der Mikrohämatokrit-Referenzmethode mit K_3 -EDTA- oder K_2 -EDTA-Antikoagulans kalibriert wurden. Die mittleren Zellvolumen von mit K_3 -EDTA antikoagulierte Blut liegen etwa 2 bis 4 % unter denen von mit K_2 -EDTA antikoagulierte Blut. Die Wahl des Antikoagulans wirkt sich zwar auf die Mikrohämatokritmethode aus, mit der alle Hämatokritmethoden kalibriert werden, die Ergebnisse von Routineproben auf Hämatologie-Analysesystemen sind jedoch unabhängig vom verwendeten Antikoagulans. Da die meisten klinischen Hämatologie-Analysesysteme mit der Mikrohämatokritmethode und K_3 -EDTA-Antikoagulans kalibriert werden, ist das i-STAT System standardmäßig für K_3 -EDTA konfiguriert.

Im i-STAT Alinity System sind keine Standardreferenzbereiche programmiert. Die oben angegebenen Referenzbereiche sind als Richtwerte für die Interpretation der Ergebnisse bestimmt. Da Referenzbereiche von demografischen Faktoren wie Alter, Geschlecht und Herkunft abhängen, wird empfohlen, Referenzbereiche für die zu testende Population zu bestimmen.

METROLOGISCHE RÜCKFÜHRBARKEIT

Die gemessenen Analyten in der i-STAT CHEM8+ Cartridge (Kartusche) sind auf die unten genannten Referenzmaterialien bzw. -methoden rückführbar. Die i-STAT Kontrolllösungen und das Material für die Kalibrierungsprüfung sind nur für das i-STAT System validiert. Die zugewiesenen Werte treffen für andere Verfahren u. U. nicht zu.

Natrium (Na), Kalium (K), Chlorid (Cl) und ionisiertes Calcium (iCa)

Die Werte des jeweiligen Analyten der i-STAT Kontrolllösungen und des Materials für die Kalibrierungsprüfung sind dem Standardreferenzmaterial SRM956 des US-amerikanischen National Institute of Standards and Technology (NIST) entnommen.

Glucose (Glu)

Der i-STAT Systemtest für Glucose misst den Mengenanteil (Konzentration) von Glucose im Plasmaanteil von arteriellem oder venösem Vollblut (in mmol L^{-1}) für die *In-vitro*-Diagnose. Die Glucosewerte der i-STAT Kontrolllösungen und des Materials für die Kalibrierungsprüfung sind dem Standardreferenzmaterial SRM965 des US-amerikanischen National Institute of Standards and Technology (NIST) entnommen.

Blut-Harnstoff-Stickstoff (BUN/Urea)

Der i-STAT Systemtest für Blut-Harnstoff-Stickstoff (BUN/Urea) misst den Mengenanteil (Konzentration) von Blut-Harnstoff-Stickstoff (BUN/Urea) im Plasmaanteil von arteriellem oder venösem Vollblut (in mmol L^{-1}) für die *In-vitro*-Diagnose. Die BUN/Urea-Werte der i-STAT Kontrolllösungen und des Materials für die Kalibrierungsprüfung sind dem Standardreferenzmaterial SRM909 des US-amerikanischen National Institute of Standards and Technology (NIST) entnommen.

Kreatinin (Crea)

Der i-STAT Systemtest für Kreatinin misst den Mengenanteil (Konzentration) von Kreatinin im Plasmaanteil von arteriellem oder venösem Vollblut (in $\mu\text{mol L}^{-1}$) für die *In-vitro*-Diagnose. Die Kreatininwerte der i-STAT Kontrolllösungen und des Materials für die Kalibrierungsprüfung sind dem Standardreferenzmaterial SRM967 des US-amerikanischen National Institute of Standards and Technology (NIST) entnommen.

Hämatokrit (Hct)

Der i-STAT Systemtest für Hämatokrit misst den Volumenanteil gepackter Erythrozyten im arteriellen oder venösen Vollblut (angegeben als % Zellpackungsvolumen) für die *In-vitro*-Diagnose. Die Hämatokritwerte der i-STAT Kalibratoren sind dem Verfahren H7-A3 zur Bestimmung des Zellpackungsvolumens nach der Mikrohämatokritmethode des US-amerikanischen Clinical and Laboratory Standards Institute (CLSI) entnommen.⁹

Gesamtkohlendioxid (TCO₂)

Der i-STAT Systemtest für Gesamtkohlendioxid (TCO₂) misst die Gesamtkonzentration aller Formen von Kohlendioxid im Plasmaanteil von arteriellem, venösem oder kapillarem Vollblut (in mmol L^{-1}) für die *In-vitro*-Diagnose. Die TCO₂-Werte der i-STAT Kontrolllösungen und des Materials für die Kalibrierungsprüfung sind dem Referenzmessverfahren der International Federation of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine (IFCC) zur Konzentrationsbestimmung von Gesamtkohlendioxid in Blut, Plasma oder Serum entnommen.²

Weitere Informationen zur metrologischen Rückführbarkeit erhalten Sie von der Abbott Point of Care Inc.

LEISTUNGSMERKMALE

Die aufgeführten Leistungsdaten für Natrium, Glucose und Hämatokrit wurden von medizinischem Fachpersonal gesammelt, das im Gebrauch des i-STAT Alinity Systems und in Vergleichsmethoden geschult ist. Die unten aufgeführten Leistungsdaten für alle anderen Tests wurden bei Abbott Point of Care erfasst. Für die Datenerfassung wurden repräsentative Kartuschen verwendet.

Präzision*

Eine mehrtägige Präzisionsstudie wurde mit wässrigem Material für die Kalibrierungsprüfung in repräsentativen Kartuschen durchgeführt. Duplikate jeder wässrigen Flüssigkeit wurden 20 Tage lang zweimal täglich getestet.

Test	Einheiten	Wässriges Mat. für Kal.-Prüf.	n	Mittel	SD (Standardabweichung)	VK (%) [Variationskoeffizient (%)]
Na	mmol/L oder mEq/L	Sehr niedrig abnormal	80	99,5	0,32	0,3
		Niedrig abnormal	80	121,2	0,32	0,3
		Normal	80	133,7	0,34	0,3
		Hoch abnormal	80	160,8	0,38	0,2
		Sehr hoch abnormal	80	180,2	0,56	0,3
K	mmol/L	Sehr niedrig abnormal	80	2,31	0,010	0,4
		Niedrig abnormal	80	2,90	0,015	0,5
		Normal	80	3,81	0,023	0,6
		Hoch abnormal	80	6,16	0,026	0,4
		Sehr hoch abnormal	80	7,81	0,039	0,5

Test	Einheiten	Wässriges Mat. für Kal.-Prüf.	n	Mittel	SD (Standardabweichung)	VK (%) [Variations- koeffizient (%)]
Cl	mmol/L	Sehr niedrig abnormal	80	63,3	0,59	0,9
		Niedrig abnormal	80	72,9	0,71	1,0
		Normal	80	91,7	0,75	0,8
		Hoch abnormal	80	112,4	0,90	0,8
		Sehr hoch abnormal	80	124,1	1,08	0,9
iCa	mmol/L	Sehr niedrig abnormal	80	0,32	0,006	2,0
		Niedrig abnormal	80	0,82	0,008	1,0
		Normal	80	1,29	0,012	1,0
		Hoch abnormal	80	1,56	0,015	1,0
		Sehr hoch abnormal	80	2,38	0,027	1,1
Glu	mg/dL	Sehr niedrig abnormal	80	26,9	0,42	1,6
		Niedrig abnormal	80	41,0	0,34	0,8
		Hoch abnormal	80	125,0	0,32	0,3
		Sehr hoch abnormal	80	286,7	0,77	0,3
		Höchste abnormal	80	600,6	3,47	0,6
BUN	mg/dL	Sehr niedrig abnormal	80	4,6	0,19	4,1
		Niedrig abnormal	80	6,6	0,15	2,3
		Normal	80	11,5	0,19	1,6
		Hoch abnormal	80	54,3	0,66	1,2
		Sehr hoch abnormal	80	108,4	1,07	1,0
Crea	mg/dL	Niedrig abnormal	80	0,27	0,028	10,3
		Normal	80	1,05	0,025	2,4
		Hoch abnormal	80	3,83	0,083	2,2
		Sehr hoch abnormal	80	14,63	0,403	2,8
Hct	% PCV	Sehr niedrig abnormal	80	16,9	0,46	2,7
		Niedrig abnormal	80	33,9	0,51	1,5
		Hoch abnormal	80	55,2	0,49	0,9
		Sehr hoch abnormal	80	65,0	0,39	0,6
TCO ₂	mmol/L	Sehr niedrig abnormal	80	9,2	0,24	2,6
		Niedrig abnormal	80	14,9	0,40	2,7
		Normal	80	19,6	0,58	3,0
		Hoch abnormal	80	29,7	0,86	2,9
		Sehr hoch abnormal	80	42,0	1,37	3,3

*Hinweis: Repräsentative Daten; die Daten einzelner Labore können hiervon abweichen.

Methodenvergleich

Für den Methodenvergleich wurde in einer Studie das i-STAT Alinity System mit dem i-STAT 1 Wireless (i-STAT 1W) System unter Verwendung repräsentativer Kartuschen verglichen. Die Studien basierten auf der CLSI-Richtlinie EP9-A3.¹⁰ Dabei wurden mit Lithium-Heparin antikoagulierte Vollblutproben bewertet. Die Proben wurden per Duplikatanalyse in beiden Systemen analysiert. Eine gewichtete Deming-Regressionsanalyse wurde mit dem ersten Wiederholungsergebnis vom i-STAT Alinity System im Vergleich zum Mittelwert der Duplikate vom i-STAT 1W System durchgeführt.

In der Tabelle mit dem Methodenvergleich ist n die Anzahl der Proben und r der Korrelationskoeffizient.

Test	Einheiten	Vergleichsmethode i-STAT 1W	
Na	mmol/L	n	174
		Steigung	1,0
		r	0,999
		Absolutglied	-1
		X _{min}	115
		X _{max}	173
K	mmol/L	n	195
		Steigung	1,00
		r	1,00
		Absolutglied	-0,01
		X _{min}	2,0
		X _{max}	9,0
Cl	mmol/L	n	189
		Steigung	1,01
		r	0,999
		Absolutglied	-0,76
		X _{min}	66
		X _{max}	140
iCa	mmol/L	n	194
		Steigung	1,005
		r	1,000
		Absolutglied	-0,001
		X _{min}	0,40
		X _{max}	2,44
Glu	mg/dL	n	188
		Steigung	1,00
		r	1,000
		Absolutglied	1,17
		X _{min}	24
		X _{max}	671
BUN/Urea	mg/dL	n	194
		Steigung	1,01
		r	0,999
		Absolutglied	-0,02
		X _{min}	3
		X _{max}	137

Test	Einheiten	Vergleichsmethode i-STAT 1W	
Crea	mg/dL	n	194
		Steigung	0,988
		r	0,999
		Absolutglied	0,003
		X _{min}	0,2
		X _{max}	19,2
Hct	% PCV	n	229
		Steigung	1,02
		r	0,993
		Absolutglied	-0,36
		X _{min}	18
		X _{max}	70
TCO ₂	mmol/L	n	195
		Steigung	0,980
		r	0,994
		Absolutglied	0,3
		X _{min}	10
		X _{max}	49

FAKTOREN MIT EINFLUSS AUF DIE ERGEBNISSE

Sofern nicht anders angegeben, wurden die folgenden Substanzen im Plasma auf relevante Analyten mit den in der CLSI-Richtlinie EP7-A2¹¹ empfohlenen Testkonzentrationen bewertet. Bei identifizierten Störsubstanzen wird die jeweilige Auswirkung beschrieben.

Substanz	Testkonzentration (mmol/L)	Analyt	Auswirkung (Ja/Nein)	Kommentar
Acetaldehyd	0,045 ¹²	Glu	Nein	
		Crea	Nein	
Paracetamol	1,32	Na	Nein	
		K	Nein	
		Cl	Nein	
		iCa	Ja	Verringerte Ergebnisse
		Glu	Nein	
		BUN	Nein	
		Crea	Ja	Erhöhte Ergebnisse
Paracetamol (therapeutisch)	0,132 ¹²	iCa	Nein	
		Glu	Nein	
		Crea	Nein	
Acetoacetat	2,0	Glu	Nein	

Substanz	Testkonzentration (mmol/L)	Analyt	Auswirkung (Ja/Nein)	Kommentar
Acetylcystein	10,2	Na	Nein	
		K	Nein	
		Cl	Ja	Erhöhte Ergebnisse
		iCa	Ja	Verringerte Ergebnisse
		Glu	Ja	Verringerte Ergebnisse
		BUN	Nein	
		Crea	Ja	Erhöhte Ergebnisse
Acetylcystein (therapeutisch)	0,3 ^{13 14}	Cl	Nein	
		iCa	Nein	
		Glu	Nein	
		Crea	Nein	
Ascorbat	0,34	Na	Nein	
		K	Nein	
		Cl	Nein	
		iCa	Nein	
		Glu	Nein	
		BUN	Nein	
		Crea	Ja	Erhöht um bis zu 0,3 mg/dL
Bicarbonat	35,0	Crea	Nein	
Bilirubin	0,342	Crea	Nein	
Bromid	37,5	Na	Ja	Erhöhte Ergebnisse. Eine andere Methode verwenden.
		K	Ja	Erhöhte Ergebnisse und mehr unterdrückte Ergebnisse (Anzeige von Sternchen ***). Eine andere Methode verwenden.
		Cl	Ja	Erhöhte Ergebnisse. Eine andere Methode verwenden.
		iCa	Ja	Erhöhte Ergebnisse. Eine andere Methode verwenden.
		Glu	Ja	Verringerte Ergebnisse. Eine andere Methode verwenden.
		BUN	Ja	Verringerte Ergebnisse und mehr unterdrückte Ergebnisse (Anzeige von Sternchen ***). Eine andere Methode verwenden.
		Hct	Ja	Mehr unterdrückte Ergebnisse (Anzeige von Sternchen ***).

Substanz	Testkonzentration (mmol/L)	Analyt	Auswirkung (Ja/Nein)	Kommentar
Bromid (therapeutisch)	2,5 ^{15 16 17}	Na	Nein	
		K	Nein	
		Cl	Ja	Erhöhte Ergebnisse. Eine andere Methode verwenden.
		iCa	Nein	
		Glu	Ja	Verringerte Ergebnisse
		BUN	Nein	
		Crea	Ja	Erhöhte Ergebnisse
Calciumchlorid	5,0	Crea	Nein	
Kreatin	0,382	Crea	Ja	Erhöht um bis zu 0,3 mg/dL. Siehe „Weitere Faktoren mit Einfluss auf die Ergebnisse“ unten zu Kreatin.
Dopamin	0,006	Glu	Nein	
		Crea	Nein	
Formaldehyd	0,133 ¹²	Glu	Nein	
		Crea	Nein	
β-Hydroxybutyrat	6,0 ¹⁸	Na	Nein	
		K	Nein	
		Cl	Nein	
		iCa	Nein	
		Glu	Nein	
		BUN	Nein	
Glykolsäure	10,0	Crea	Ja	Verringerte Ergebnisse. Eine andere Methode verwenden.
Hydroxyurea	0,92	Glu	Ja	Erhöhte Ergebnisse. Eine andere Methode verwenden.
		BUN	Ja	Erhöhte Ergebnisse.
		Crea	Ja	Erhöhte Ergebnisse. Eine andere Methode verwenden.
Iodid	2,99	Cl	Ja	Erhöhte Ergebnisse.
	0,4	Cl	Nein	
Laktat	6,6	Na	Nein	
		K	Nein	
		Cl	Nein	
		iCa	Ja	Verringerung der Ergebnisse um bis zu 0,07 mmol/L
		Glu	Nein	
		BUN	Nein	
Crea	Nein			
Leflunomid	0,03	iCa	Ja	Verringerte Ergebnisse

Substanz	Testkonzentration (mmol/L)	Analyt	Auswirkung (Ja/Nein)	Kommentar
Magnesiumchlorid	1,0	Na	Nein	
		K	Nein	
		iCa	Ja	Erhöhung der Ergebnisse um bis zu 0,04 mmol/L
Maltose	13,3	Glu	Nein	
Methyl dopa	0,071	Crea	Nein	
Natriumthiosulfat	16,7 ¹⁹	Na	Ja	Erhöhte Ergebnisse
		K	Ja	Verringerte Ergebnisse
		Cl	Ja	Erhöhte Ergebnisse
		iCa	Ja	Verringerte Ergebnisse
		Glu	Ja	Verringerte Ergebnisse
		BUN	Ja	Verringerte Ergebnisse
		Crea	Ja	Erhöhte Ergebnisse
Pyruvat	0,31	Glu	Nein	
		Crea	Nein	
Salicylat	4,34	Na	Nein	
		K	Nein	
		Cl	Ja	Erhöhte Ergebnisse. Eine andere Methode verwenden.
		iCa	Ja	Verringerte Ergebnisse
		Glu	Nein	
		BUN	Nein	
		Crea	Nein	
Salicylat (therapeutisch)	0,5 ²⁰	Cl	Nein	
		iCa	Ja	Verringerung der Ergebnisse um bis zu 0,03 mmol/L
Thiocyanat	6,9	Cl	Ja	Erhöhte Ergebnisse. Eine andere Methode verwenden.
		iCa	Ja	Verringerte Ergebnisse. Eine andere Methode verwenden.
		Glu	Ja	Verringerte Ergebnisse
		BUN	Nein	
Thiocyanat (therapeutisch)	0,5 ¹²	Glu	Nein	
Harnsäure	1,4	Glu	Nein	
		Crea	Nein	

Das Ausmaß der Auswirkung bei anderen Konzentrationen als den oben aufgeführten kann möglicherweise nicht vorhergesagt werden. Es ist möglich, dass andere Störsubstanzen als die getesteten entdeckt werden.

Wichtige Anmerkungen zur Auswirkung von Paracetamol, Acetylcystein, Bromid, Hydroxyurea, Iodid, Leflunomid, Natriumthiosulfat und Salicylat sind nachstehend aufgeführt:

- Bei einer Paracetamolkonzentration von 1,32 mmol/L hat sich eine Auswirkung auf die iCa- und Kreatininwerte im i-STAT System ergeben. Dies ist eine nach der CLSI-Richtlinie verbotene toxische Konzentration. Paracetamol in einer Konzentration von 0,132 mmol/L, dem oberen Ende des therapeutischen Konzentrationsbereichs, hat keine signifikante Auswirkung auf die iCa- und Kreatininergebnisse im i-STAT System gezeigt.

- Acetylcystein wurde in zwei Konzentrationen getestet: der vom CLSI empfohlenen Konzentration von 10,2 mmol/L und einer Konzentration von 0,30 mmol/L. Letztere ist das Dreifache der therapeutischen Spitzenkonzentration im Plasma bei Behandlung einer Paracetamolvergiftung. APOC hat keine therapeutische Situation identifiziert, in der Konzentrationen auftreten, die der vom CLSI empfohlenen Konzentration entsprechen.
- Bromid wurde in zwei Konzentrationen getestet: der vom CLSI empfohlenen Konzentration und einer therapeutischen Plasmakonzentration von 2,5 mmol/L. Letztere ist die Spitzenkonzentration im Plasma während einer Halothan-Narkose, bei der Bromid freigesetzt wird. APOC hat keine therapeutische Situation identifiziert, in der Konzentrationen auftreten, die der vom CLSI empfohlenen Konzentration entsprechen.
- Bei einer Hydroxyureakonzentration von 0,92 mmol/L hat sich eine Auswirkung auf die Glucose-, BUN- und Kreatininwerte ergeben. Hydroxyurea ist ein DNA-Synthese-Hemmer, der bei der Behandlung von Sichelzellenanämie, HIV-Infektionen und verschiedenen Formen von Krebs eingesetzt wird. Zu den Malignitäten, die damit behandelt werden, zählen Melanome, metastatisches Ovarialkarzinom und chronische myeloische Leukämie. Es findet ebenfalls Einsatz in der Behandlung von Polycythaemia vera, Thrombozytopenie und Psoriasis. Bei typischen Dosen von 500 mg bis 2 g/Tag können anhaltende Hydroxyurea-Konzentrationen von etwa 100 bis 500 µmol/L im Blut von Patienten vorliegen. Höhere Konzentrationen können kurz nach der Verabreichung oder bei höheren therapeutischen Dosen beobachtet werden.
- Iodid wurde in der vom CLSI empfohlenen Konzentration von 2,99 mmol/L getestet. Diese Konzentration liegt nahe der Spitzenkonzentration nach einer letalen Dosis. Eine letale Dosis liegt im Bereich zwischen 2 und 4 g, was 3,1 bis 6,3 mmol/L entspricht, vorausgesetzt, die Dosis wird vollständig in einem typischen Blutvolumen²¹ von 5 L verteilt. Iodid kann zur Behandlung von Schilddrüsenerkrankungen (d. h. Hyperthyreose) verwendet werden. Eine Studie zeigte, dass das Serumiodid nach einem Monat Nahrungsergänzung mit 50 mg/Tag eine mittlere Spitzenkonzentration zwischen 1,8 mg/L (0,014 mmol/L) und 2,2 mg/L (0,017 mmol/L) erreicht.²² Bei einer Iodidkonzentration von 2,99 mmol/L hat sich eine Auswirkung auf die Chloridwerte im i-STAT System ergeben. Die niedrigste bei APOC getestete Konzentration von 0,4 mmol/L hat keine signifikante Auswirkung auf die Chloridwerte im i-STAT System gezeigt. APOC hat keine therapeutische Situation identifiziert, in der Konzentrationen auftreten, die der vom CLSI empfohlenen Konzentration entsprechen.
- Bei einer Leflunomidkonzentration von 0,03 mmol/L hat sich eine Auswirkung auf die iCa-Werte ergeben. Leflunomid gehört zur Gruppe der Isoxazole und ist ein Immunmodulator, der die Dihydroorotat-Dehydrogenase hemmt, ein Enzym, das an der *De-novo*-Pyrimidinsynthese beteiligt ist. Leflunomid hat außerdem eine antiproliferative Wirkung. Es wird zur Behandlung bestimmter Immunerkrankungen eingesetzt. Nach oraler Gabe wird Leflunomid in den aktiven Metaboliten Teriflunomid verstoffwechselt, der grundsätzlich für alle seine *In-vivo*-Aktivitäten verantwortlich ist. Der aktive Metabolit Teriflunomid erreicht nach einer Sättigungsdosis von 100 mg eine Plasmakonzentration von 8,5 µg/mL (0,031 mmol/L). Bei der Behandlung entzündlicher Polyarthropathien liegt nach 24 Wochen Erhaltungsdosis von 25 mg/Tag²³ eine anhaltende Gleichgewichtskonzentration von 63 µg/mL (0,23 mmol/L) vor.
- Bei einer Natriumthiosulfatkonzentration von 16,7 mmol/L hat sich eine Auswirkung auf Natrium-, Kalium-, Chlorid-, iCa-, Glucose-, BUN- und Kreatininergebnisse ergeben. Natriumthiosulfat wird zur Behandlung einer akuten Cyanidvergiftung angewendet. Im Fachartikel „Falsely increased chloride and missed anion gap elevation during treatment with sodium thiosulfate“ wird beschrieben, dass Natriumthiosulfat zur Behandlung von Calciphylaxie verwendet werden kann. Weiter wird darin ausgeführt, dass die höchste absehbare, im Plasma nachweisbare Konzentration nach der Infusion einer Dosis von 12,5 g Natriumthiosulfat-Pentahydrat auftritt. In der Annahme, dass die 12,5-g-Dosis Natriumthiosulfat-Pentahydrat in einem typischen Blutvolumen von 5 L mit einem Hämatokrit von 40 % verteilt wird, beträgt die erwartete Spitzenkonzentration von Natriumthiosulfat im Plasma 16,7 mmol/L.¹⁹

- Bei einer Salicylatkonzentration von 4,34 mmol/L hat sich eine Auswirkung auf die Chlorid- und iCa-Ergebnisse im i-STAT System ergeben. Dies ist eine nach der CLSI-Richtlinie verbotene toxische Konzentration. Salicylat in einer Konzentration von 0,5 mmol/L, dem oberen Ende des therapeutischen Konzentrationsbereichs, hat keine signifikante Auswirkung auf die Chloridwerte im i-STAT System gezeigt, verringert jedoch die iCa-Ergebnisse um ca. 0,03 mmol/L.

WEITERE FAKTOREN MIT EINFLUSS AUF DIE ERGEBNISSE

Faktor	Analyt	Wirkung
Heparin-Natrium	Na	Heparin-Natrium kann die Natriumwerte um bis zu 1 mmol/L erhöhen. ²⁴
Venöse Stauung	iCa	Venöse Stauung (längere Tourniquet-Applikation) und Unterarmbewegungen können den iCa-Wert erhöhen. Grund hierfür ist eine pH-Abnahme, die durch lokale Laktatproduktion entsteht. ²⁵
Probenentnahme über Zugang	Hct	Niedrige Hämatokritwerte können durch Verunreinigung der Spüllösungen in arteriellen oder venösen Zugängen verursacht werden. Zugang mit einer ausreichenden Menge Blut rückspülen, um intravenöse Lösungen, Heparin oder Medikamente zu entfernen, die die Probe kontaminieren könnten. Es wird das Fünf- bis Sechsfache des Volumens von Katheter, Konnektoren und Kanüle empfohlen.
Heparin	iCa	Heparin bindet Calcium. Jede Einheit Heparin, die pro mL Blut hinzugefügt wird, verringert den iCa-Wert um 0,01 mmol/L. ²⁵ Daher muss bei der Probenentnahme das korrekte Verhältnis von Heparin-Antikoagulans zu Blut erreicht werden. Intravenöse Injektionen von 10.000 Einheiten Heparin haben bei Erwachsenen eine erhebliche Verringerung des iCa-Spiegels um etwa 0,03 mmol/L ergeben. ²⁵ Bei Verwendung der i-STAT Kontrolllösungen auf Wasserbasis und des Materials für die Kalibrierungsprüfung sind daher nur nicht heparinisierte Probentransfersysteme zu verwenden.
Probe der Luft aussetzen	iCa	Wird die Probe der Luft ausgesetzt, steigt der pH-Wert aufgrund des CO ₂ -Abfalls, was wiederum den iCa-Spiegel verringert.
	TCO ₂	Wenn die Probe der Luft ausgesetzt wird, kann CO ₂ entweichen, was zu einer Unterschätzung des TCO ₂ -Werts führt.
Hämodilution	Na	Eine Hämodilution des Plasmas von mehr als 20 % durch Spüllflüssigkeit von Herz-Lungen-Maschinen, Plasmaexpander oder andere Flüssigkeitstherapien mit bestimmten Lösungen kann klinisch signifikante Fehler bei den Ergebnissen von Natrium, Chlorid und ionisiertem Calcium verursachen. Diese Fehler sind durch Lösungen bedingt, die nicht dieselben Ioneneigenschaften wie Plasma aufweisen. Zur Minimierung dieser Fehler bei einer Hämodilution von mehr als 20 % physiologisch balancierte Multi-Elektrolytlösungen mit wenig beweglichen Anionen (z. B. Gluconat) verwenden.
	Cl	
	iCa	
Kalte Temperatur	K	Kaliumwerte fallen in geeisten Proben erhöht aus.
Blut stehen lassen (ohne Kontakt mit Luft)	K	Wird heparinisiertes Vollblut vor dem Test stehen gelassen, verringern sich die Kaliumwerte zunächst leicht und erhöhen sich dann im Laufe der Zeit.
	Glu	Die Glucosewerte nehmen in Vollblutproben im Lauf der Zeit ab. Der venöse Blutzucker ist aufgrund des Verbrauchs im Gewebe um bis zu 7 mg/dL niedriger als der Blutzucker im kapillaren Blut. ²⁶
	TCO ₂	Werden die Blutproben (ohne Luftkontakt) vor dem Test stehen gelassen, wird der TCO ₂ -Wert aufgrund metabolischer Prozesse überbewertet.

Faktor	Analyt	Wirkung
Probentyp	K	Aufgrund der Freisetzung von Kalium aus Thrombozyten ¹ und Erythrozyten während des Gerinnungsprozesses können die Kaliumergebnisse im Serum 0,1 bis 0,7 mmol/L höher ausfallen als die Kaliumergebnisse von antikoagulierten Proben.
Probenmischung	Hct	Proben aus 1-mL-Spritzen dürfen nicht zur Bestimmung des Hämatokrits verwendet werden, wenn der Test verzögert wird.
Unterfüllung oder Partial-Entnahme	TCO ₂	Die Verwendung von Partial-Entnahmeröhrchen (Vakuumröhrchen, die weniger als das Röhrchenvolumen aufziehen können, z. B. ein 5-mL-Röhrchen, dessen Vakuum nur zum Aufziehen von 3 mL ausreicht) wird nicht empfohlen, da die Gefahr besteht, dass die Werte für TCO ₂ möglicherweise geringer ausfallen. Eine unzureichende Füllung der Blutentnahmeröhrchen kann ebenfalls zu einer Verringerung der TCO ₂ -Ergebnisse führen. Es ist darauf zu achten, dass beim Befüllen einer Kartusche mit einer Pipette die Blutprobe keine Bläschen bildet, um den Verlust von CO ₂ im Blut zu vermeiden.
pH-Abhängigkeit	Glu	Zwischen dem i-STAT Glucosetest und dem pH-Wert besteht folgende Abhängigkeit: pH-Werte unter 7,4 bei 37 °C verringern die Ergebnisse um ca. 0,9 mg/dL (0,05 mmol/L) pro 0,1 pH-Einheiten. pH-Werte über 7,4 bei 37 °C erhöhen die Ergebnisse um ca. 0,8 mg/dL (0,04 mmol/L) pro 0,1 pH-Einheiten.
PO ₂ -Abhängigkeit	Glu	Zwischen dem i-STAT Glucosetest und PO ₂ besteht folgende Abhängigkeit: Ein Sauerstoffgehalt unter 20 mmHg (2,66 kPa) bei 37 °C kann die Ergebnisse verringern.
Kreatin	Kreatinin	Der Normbereich für Kreatin im Plasma beträgt bei Männern 0,17 bis 0,70 mg/dL (13 bis 53 µmol/L) und bei Frauen 0,35 bis 0,93 mg/dL (27 bis 71 µmol/L). ¹² Kreatin kann bei Patienten erhöht sein, die Kreatin als Nahrungsergänzung einnehmen, ein Muskeltrauma oder andere primäre oder sekundäre Myopathien haben, Statine zur Behandlung einer Hyperlipidämie einnehmen oder unter Hyperthyreose oder einem seltenen genetischen Defekt des Kreatin-Transportproteins leiden.
CO ₂ -Abhängigkeit	Kreatinin	Zwischen dem Kreatinintest im i-STAT System und Kohlendioxid (CO ₂) besteht folgende Abhängigkeit: Für Kreatininresultate ≤ 2,0 mg/dL ist keine Korrektur für PCO ₂ erforderlich. Für Kreatininresultate > 2,0 mg/dL wird folgende Korrektur angewendet: $\text{Kreatinin}_{\text{koriert}} = \text{Kreatinin} * (1 + 0,0025 * (\text{PCO}_2 - 40))$
Blutsenkung	Hct	<ul style="list-style-type: none"> Die Messung bestimmter Blutproben mit hoher Blutsenkungsgeschwindigkeit (BSG) kann durch den Analyser-Winkel beeinflusst werden. Während der Analyse von Blutproben, die 90 Sekunden nach Einsetzen der Kartusche beginnt, muss der Analyzer waagrecht liegen, bis ein Ergebnis vorliegt. Dazu kann das Handgerät beispielsweise im Downloader/in der Basisstation betrieben werden. Hämatokritergebnisse können durch Senkung der Erythrozyten in der Entnahmeverrichtung beeinträchtigt werden. Zur Vermeidung dieser Wirkung sollte die Probe am besten sofort getestet werden. Bei einer Verzögerung des Tests von einer Minute oder mehr muss die Probe erneut gründlich gemischt werden.
Leukozytenzahl	Hct	Eine stark erhöhte Leukozytenzahl kann die Ergebnisse erhöhen.
Lipide	Hct	Abnormal hohe Lipidwerte können die Ergebnisse erhöhen. Die Interferenz durch Lipide entspricht etwa zwei Dritteln der Interferenz durch Protein.

Faktor	Analyt	Wirkung									
Gesamtprotein	Hct	<p>Die Hämatokritergebnisse werden folgendermaßen vom Gesamtproteinspiegel beeinflusst:</p> <table border="1" data-bbox="570 285 1412 436"> <thead> <tr> <th data-bbox="570 285 776 331">Angezeigtes Ergebnis</th> <th data-bbox="776 285 1105 331">Gesamtprotein (GP) < 6,5 g/dL</th> <th data-bbox="1105 285 1412 331">Gesamtprotein (GP) > 8,0 g/dL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="570 331 776 380">HCT < 40 % PCV</td> <td data-bbox="776 331 1105 380">Hct-Verringerung um ~1 % PCV je 1 g/dL GP-Abnahme</td> <td data-bbox="1105 331 1412 380">Hct-Anstieg um ~1 % PCV je 1 g/dL GP-Zunahme</td> </tr> <tr> <td data-bbox="570 380 776 436">HCT > 40 % PCV</td> <td data-bbox="776 380 1105 436">Hct-Verringerung um ~0,75 % PCV je 1 g/dL GP-Abnahme</td> <td data-bbox="1105 380 1412 436">Hct-Anstieg um ~0,75 % PCV je 1 g/dL GP-Zunahme</td> </tr> </tbody> </table> <ul style="list-style-type: none"> • Der Gesamtproteinspiegel kann bei Populationen aus Neugeborenen und Patienten mit Verbrennungen sowie bei zusätzlichen, in Statland aufgeführten klinischen Populationen niedrig sein.⁵ Der Gesamtproteinspiegel kann auch bei Patienten, die einen kardiopulmonaren Bypass (CPB) erhalten oder sich einer extrakorporalen Membranoxygenierung (ECMO) unterziehen, sowie bei Patienten, denen große Mengen Flüssigkeit auf Kochsalzbasis intravenös infundiert werden, geringer sein. Bei der Verwendung von Hämatokritergebnissen, die von Patienten mit einem Gesamtproteinspiegel unter dem Referenzbereich für Erwachsene (6,5 bis 8 g/dL) stammen, ist Vorsicht geboten. • Der CPB-Probentyp kann verwendet werden, um das Hämatokritergebnis bezüglich der Verdünnungswirkung beim Priming der Herz-Lungen-Maschine in der kardiovaskulären Chirurgie zu korrigieren. Für den CPB-Algorithmus wird angenommen, dass sowohl Blutkörperchen als auch Plasma gleichermaßen verdünnt werden und dass die Priming-Lösung der Herz-Lungen-Maschine keine Albumin- oder sonstigen Kolloidzusätze und kein Erythrozytenkonzentrat enthält. Aufgrund unterschiedlicher Perfusionspraktiken wird empfohlen, in jedem Fall die Verwendung des CPB-Probentyps und die Zeitdauer, in der die CPB-Probe während der Erholungszeit verwendet werden sollte, zu überprüfen. Bei Hämatokritwerten über 30 % PCV beträgt die CPB-Korrektur ≤ 1,5 % PCV. Bei diesen Werten sollte die Korrekturgröße keinen Einfluss auf Entscheidungen hinsichtlich einer Transfusion haben. 	Angezeigtes Ergebnis	Gesamtprotein (GP) < 6,5 g/dL	Gesamtprotein (GP) > 8,0 g/dL	HCT < 40 % PCV	Hct-Verringerung um ~1 % PCV je 1 g/dL GP-Abnahme	Hct-Anstieg um ~1 % PCV je 1 g/dL GP-Zunahme	HCT > 40 % PCV	Hct-Verringerung um ~0,75 % PCV je 1 g/dL GP-Abnahme	Hct-Anstieg um ~0,75 % PCV je 1 g/dL GP-Zunahme
Angezeigtes Ergebnis	Gesamtprotein (GP) < 6,5 g/dL	Gesamtprotein (GP) > 8,0 g/dL									
HCT < 40 % PCV	Hct-Verringerung um ~1 % PCV je 1 g/dL GP-Abnahme	Hct-Anstieg um ~1 % PCV je 1 g/dL GP-Zunahme									
HCT > 40 % PCV	Hct-Verringerung um ~0,75 % PCV je 1 g/dL GP-Abnahme	Hct-Anstieg um ~0,75 % PCV je 1 g/dL GP-Zunahme									
Natrium	Hct	Die Elektrolytkonzentration der Probe wird dazu verwendet, die vor der Ausgabe der Hämatokritergebnisse gemessene Leitfähigkeit zu korrigieren. Natrium beeinflussende Faktoren betreffen daher auch Hämatokrit.									
Klinische Bedingungen	Anionen-lücke	Die berechnete Anionenlücke kann bei Diarrhö und Nierenversagen nur leicht erhöht sein. Ein deutlicher Anstieg (häufig > 25) hingegen ist auf folgende Ursachen zurückzuführen: Zunahme der organischen Anionen bei Laktatazidose, Ketoazidose (alkoholisch, diabetisch, Hunger) und Urämie, Zunahme der anorganischen Anionen bei Urämie und Zunahme der Anionen durch Medikamente wie Salicylat und Carbenicillin oder Toxine wie Methanol und Ethanol.									

Bei BUN/Urea wirken sich endogene Ammoniumionen nicht auf die Ergebnisse aus.

SYMBOLERLÄUTERUNG

Symbol	Definition/Verwendung
14 	14 Tage Lagerung bei Raumtemperatur bei 18–30 °C
	Verwendbar bis oder Verfallsdatum. Ein Verfallsdatum im Format JJJJ-MM-TT gibt den letzten Tag an, an dem das Produkt noch verwendet werden kann.
LOT	Losnummer oder Chargenbezeichnung des Herstellers. Neben diesem Symbol wird die Losnummer oder Chargenbezeichnung angegeben.
	Inhalt ausreichend für <n> Tests.
EC REP	Bevollmächtigter für regulatorische Angelegenheiten in der Europäischen Gemeinschaft.
	Temperaturbegrenzung. Oben und unten werden der obere und untere Temperaturgrenzwert für die Lagerung angegeben.
REF	Katalognummer, Listenummer oder Referenznummer
	Nicht wiederverwenden.
	Hersteller
	Gebrauchsanweisung oder Systemhandbuch lesen.
IVD	<i>In-vitro</i> -Diagnostikum
CE	Entspricht der EG-Richtlinie über <i>In-vitro</i> -Diagnostika (98/79/EG).
Rx ONLY	Verschreibungspflichtig

Zusätzliche Informationen: Weitere Produktinformationen und technischen Support erhalten Sie auf der Unternehmenswebsite von Abbott unter www.pointofcare.abbott.

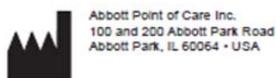
Referenzen

1. Tietz NW, Pruden EL, Siggaard-Andersen O. Electrolytes. In: C.A. Burtis and E.R. Ashwood, ed. *Tietz Textbook of Clinical Chemistry*. Second Edition ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company; 1994.
2. Burnett RW, Covington AK, Fogh-Andersen N, et al. IFCC reference measurement procedure for substance concentration determination of total carbon dioxide in blood, plasma or serum. *Clinical Chemistry and Laboratory Medicine*. 2001;39(3):283-289.
3. Levey AS, Coresh J, Greene T, et al. Using standardized serum creatinine values in the modification of diet in renal disease study equation for estimating glomerular filtration rate. *Annals of Internal Medicine*. August 2006;145(4):247-254.
4. Young DS. *Effects of Drugs on Clinical Laboratory Tests*. 3rd ed. ed. Washington, DC: American Association of Clinical Chemistry; 1990.
5. Statland BE. *Clinical Decision Levels for Lab Tests*. Oradell, NJ: Medical Economic Books; 1987.
6. Painter PC, Cope JY, Smith JL. Reference Ranges, Table 41–20. In: C.A. Burtis and E.R. Ashwood, ed. *Tietz Textbook of Clinical Chemistry*. Second Edition ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company; 1994.
7. Burtis CA, Ashwood ER, Bruns DE, eds. *Tietz Textbook of Clinical Chemistry and Molecular Diagnostics*. 4th Edition ed: Elsevier Saunders Inc.; 2006.
8. Pruden EL, Siggaard-Andersen O, Tietz NW. Blood Gases and pH. In: C.A. Burtis and E.R. Ashwood, ed. *Tietz Textbook of Clinical Chemistry*. Second Edition ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company; 1994.
9. CLSI. Procedure for Determining Packed Cell Volume by the Microhematocrit Method; Approved Standard—Third Edition. *CLSI document H07-A3*. 2000.
10. Clinical and Laboratory Standards Institute (CLSI). Measurement Procedure Comparison and Bias Estimation Using Patient Samples; Approved Guideline—Third Edition. *CLSI document EP09-A3*. 2013.
11. Clinical and Laboratory Standards Institute. Interference Testing in Clinical Chemistry; Approved Guideline—Second Edition. *CLSI document EP7-A2*. 2005.
12. Wu AHB. *Tietz Clinical Guide to Laboratory Tests*: Elsevier Health Sciences; 2006.
13. Whillier S, Raftos JE, Chapman B, Kuchel PW. Role of N-acetylcysteine and cystine in glutathione synthesis in human erythrocytes. *Redox Report*. 2009;14(3):115-121.
14. Ventura P, Panini R, Pasini MC, Scarpetta G, Salvioli G. N-acetyl-cysteine reduces homocysteine plasma levels after single intravenous administration by increasing thiols urinary excretion. *Pharmacological Research*. 1999;40(4):345-350.
15. Kharasch ED, Hankins D, Mautz D, Thummel KE. Identification of the enzyme responsible for oxidative halothane metabolism: Implications for prevention of halothane hepatitis. *Lancet*. May 1996;347(9012):1367-1371.
16. Morrison JE, Friesen RH. Elevated serum bromide concentrations following repeated halothane anaesthesia in a child. *Canadian Journal of Anaesthesia*. October 1990;37(7):801-803.
17. Hankins DC, Kharasch ED. Determination of the halothane metabolites trifluoroacetic acid

and bromide in plasma and urine by ion chromatography. *Journal of Chromatography B: Biomedical Applications*. May 1997;692(2):413-418.

18. Charles RA, Bee YM, Eng PHK, Goh SY. Point-of-care blood ketone testing: Screening for diabetic ketoacidosis at the emergency department. *Singapore Medical Journal*. November 2007;48(11):986-989.
19. Wendroth SM, Heady TN, Haverstick DM, et al. Falsely increased chloride and missed anion gap elevation during treatment with sodium thiosulfate. *Clinica Chimica Acta*. April 2014;431:77-79.
20. Borthwick GM, Johnson AS, Partington M, Burn J, Wilson R, Arthur HM. Therapeutic levels of aspirin and salicylate directly inhibit a model of angiogenesis through a Cox-independent mechanism. *FASEB Journal*. October 2006;20(12):2009-2016.
21. Gosselin RE, Smith RP, Hodge HC. *Clinical Toxicology of Commercial Products*. Baltimore: Williams and Wilkins; 1984.
22. Abraham GE. Serum inorganic iodide levels following ingestion of a tablet form of Lugol solution: Evidence for an enterohepatic circulation of iodine. *The Original Internist*. 2005;11(3):112-118.
23. Sanofi-Aventis Canada Inc. Product Monograph PrARAVA® Submission, Control No.: 187857. Date of Revision: December 23, 2015. Available at: <http://products.sanofi.ca/en/arava.pdf>.
24. Tips on Specimen Collection. In: Mark Zacharia, ed. *Vol 1. Monograph of Medical Laboratory Observer's "Tips from the Clinical Experts"*. Montvale NJ: Medical Economics in collaboration with Becton, Dickinson and Company; 1997.
25. Fraser D, Jones G, Kooh SW, Raddle I. Calcium and Phosphate Metabolism. In: C.A. Burtis and E.R. Ashwood, ed. *Tietz Textbook of Clinical Chemistry*. Second Edition ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company; 1994.
26. Young DS, Bermes EW. Influence of Site Collection on Blood Gases and pH. In: C.A. Burtis and E.R. Ashwood, ed. *Tietz Textbook of Clinical Chemistry*. Second Edition ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company; 1994.

i-STAT is a trademark of the Abbott group of companies.



©2019 Abbott Point of Care Inc. All rights reserved. Printed in USA.

