

(기 관 명)

우	-	주소	/	전화()	-	/	팩스()	-
(^① 부서명)		(^② 부서장 직위 및 이름)					(담당자 이름)	

문서번호:
시행일자:
수 신:
제 목: 인체면역결핍바이러스 감염인 · 후천성면역결핍증환자 발견(사망) 신고 · 보고

신고 구분	☐ 인체면역결핍바이러스 감염인 ☐ 후천성면역결핍증환자						
성별	☐ 남 ☐ 여	^③ 국적		생년월일	년 월 일	^④ 검사물번호	
	^⑤ 주소지						
최초진단일	년 월 일		확인검사 기관	☐ 질병관리청 ☐ 보건환경연구원() ☐ 의료기관() ☐ 의과대학() ☐ 질병관리청이 지정 · 고시하는 확인검사기관 ()			
확인진단일	년 월 일						
검사소견	☐ 면역기능(CD ₄ ⁺ T 세포 수) _____ (cells/ μl) ☐ 바이러스 양(Viral load) _____ (copies/ml) ☐ 검사 안 함			추 정 감염경로	☐ 이성과의 성접촉 ☐ 동성과의 성접촉 ☐ 마약주사기 공동사용 ☐ 수혈 ☐ 수직감염 ☐ 모름 ☐ 기타 ()		
사망여부	☐ 사망 ☐ 생존		사망자 이름			사망자 주민등록번호	
주요사망원인 (진단명)			주소				
사망일	년 월 일		사망과 후천성면역결핍증과의 관련성			☐ 유 ☐ 무	
후 천 성 면 역 결 핍 증 환 자 관련 임상증 상 (사망 전 주요증상 포 함)	☐ 기관지, 기도, 또는 폐 칸디다증				☐ 원발성 뇌 림프종		
	☐ 식도 칸디다증				☐ 파종성 또는 폐외 결핵		
	☐ 침습성(외부 전염성) 자궁경부암				☐ 미코박테리움 아비움 복합체, 미코박테리움 칸사 시(<i>Mycobacterium avium complex, M. kansasii</i>)		
	☐ 파종성 또는 폐외 콕시디오이데스진균증				에 의한 폐 또는 폐외 감염증		
	☐ 폐외 크립토코쿠스증(cryptococcosis)				☐ 그 밖에 균종의 미코박테리움(<i>Mycobacterium</i>)		
	☐ 만성(1개월 이상) 장 크립토스포로디움증				에 의한 폐외 감염증		
	☐ 간, 비장, 림프절 이외의 거대세포 바이러스 감염증				☐ 주폐포자충 폐렴		
	☐ 거대세포 바이러스 망막염				☐ 반복되는 폐렴		
	☐ 인체면역결핍바이러스(HIV) 관련 뇌증				☐ 진행성 다발성 백질뇌증		
	☐ 단순 포진 바이러스 감염에 의한 만성(1개 월 이상) 궤양,기관지염, 폐렴, 또는 식도 염				☐ 반복성 살모넬라 패혈증		
☐ 파종성 또는 폐외 히스토플라스마증				☐ 뇌 톡소플라즈마증			
☐ 만성(1개월 이상) 장 이소스포라증				☐ 인체면역결핍바이러스(HIV)에 의한 소모증후 군			
☐ 카포지 육종				☐ 기타 ()			
☐ 버키트 림프종							

^⑥요양기관 지정번호:
^⑦진단의사 이름: 면허번호: (^⑧서명 또는 날인)

작성요령

- ① 부서명, ② 부서장 직위 및 이름: 해당 사항이 있는 경우 정확히 기록합니다.
- ③ 국적: 인체면역결핍바이러스 감염인 또는 후천성면역결핍증환자가 외국인인 경우 그 국적을 기록합니다.
- ④ 검사물번호: "연도 - 지역번호 - 보건소(병원)월별 - 검체번호"순으로 기록합니다.
(예: "2020년, 서울, 중구 보건소 1월, 검체번호 1번"인 경우 "20-01-중구01-01"로 기록)
- ⑤ 주소지: 인체면역결핍바이러스 감염인 또는 후천성면역결핍증환자의 주소를 시·도, 시·군·구 및 읍·면·동까지 기록합니다.
- ⑥ 요양기관 지정번호, ⑦ 진단의사 이름: 해당 사항을 정확히 기록합니다.
- ⑧ 서명 또는 날인: 전자문서로 신고 또는 보고하는 경우에는 생략합니다.

신고방법에 관한 안내

1. 인체면역결핍바이러스 감염인 또는 후천성면역결핍증환자를 진단하거나 그 사체를 검안한 경우, 인체면역결핍바이러스 감염인이 후천성면역결핍증환자로 진행된 사실을 인지한 경우 24시간 이내에 관할 보건소로 신고하여 주십시오.
2. 인체면역결핍바이러스 감염인 또는 후천성면역결핍증환자가 사망한 경우 24시간 이내에 관할 보건소로 신고하여 주십시오.