

1. 개정이유 및 주요내용

- 가. 확인검사기관 확대(예정)에 따른 인체면역결핍바이러스 감염인 신고 서식
내 확인검사기관 항목을 추가하고자 함
(안 별지 제1호서식, 제1호의2서식, 제5호의2서식)

2. 참고사항

- 가. 관계법령 : 「후천성면역결핍증 예방법」
나. 예산조치 : 별도조치 필요 없음
다. 합 의 : 별도합의 필요 없음
라. 기 타 : 별첨

보건복지부령 제 호

후천성면역결핍증 예방법 시행규칙 일부개정령안

후천성면역결핍증 예방법 시행규칙 일부를 다음과 같이 개정한다.

별지 제1호서식, 별지 제1호의2서식, 별지 제5호의2서식을 별지와 같이 개정한다.

부 칙

제1조(시행일) 이 규칙은 공포한 날부터 시행한다.

(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	[] 보건환경연구원() [] 의료기관(의과대학 포함)() [] 수탁검사기관() [] 질병관리청 [] 기타()			
확인진단일	년 월 일						
검사소견	[] 면역기능(CD4+ 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 [] 식도 칸디다증 [] 침습성(외부 전염성) 자궁경부암 [] 파종성 또는 폐외 콕시디오이데스진균증 [] 폐외 크립토코쿠스증(cryptococcosis) [] 만성(1개월 이상) 장 크립토스포로디움증 [] 간, 비장, 림프절 이외의 거대세포 바이러스 감염증 [] 거대세포 바이러스 망막염 [] 인체면역결핍바이러스(HIV) 관련 뇌증 [] 단순 포진 바이러스 감염에 의한 만성(1개 월 이상) 궤양,기관지염, 폐렴, 또는 식도 염 [] 파종성 또는 폐외 히스토플라스마증 [] 만성(1개월 이상) 장 이소스포라증 [] 카포지 육종 [] 버키트 림프종 [] 원발성 뇌 림프종 [] 파종성 또는 폐외 결핵 [] 미코박테리움 아비움 복합체, 미코박테리움 칸사 시(<i>Mycobacterium avium complex, M. kansasii</i>) 에 의한 폐 또는 폐외 감염증 [] 그 밖에 균종의 미코박테리움(<i>Mycobacterium</i>) 에 의한 폐외 감염증 [] 주폐포자충 폐렴 [] 반복되는 폐렴 [] 진행성 다발성 백질뇌증 [] 반복성 살모넬라 패혈증 [] 뇌 톡소플라스마증 [] 인체면역결핍바이러스(HIV)에 의한 소모증후 군 [] 기타 ()						

^⑥요양기관 지정번호:

^⑦진단의사 이름:

면허번호:

(^⑧서명 또는 날인)

210mm × 297mm[백상지(80g/㎡) 또는 종질지(80g/㎡)]

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.

210mm × 297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

(기 관 명)

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

문서번호:
시행일자:
수 신: 질병관리청장
제 목: 학술연구 또는 혈액 및 혈액제제 검사결과에 따른 인체면역결핍바이러스 감염인 발견신고

감염인에 관한 사항	성별	☐ 남 ☐ 여	③ 주소지	
	생년월일		국적	☐ 내국인 ☐ 외국인
연구 또는 검사의 방법			④ 검사물번호	
연구 또는 검사일	년	월	일	군부대 단체 헌혈 여부 ☐ 예 ☐ 아니오
확인진단 방법			확인검사 기관	☐ 보건환경연구원() ☐ 의료기관(의과대학 포함)() ☐ 수탁검사기관() ☐ 질병관리청 ☐ 기타()
확인진단일	년	월		일

⑤ 연구자 또는 검사자의 소속기관:
⑥ 연구자 또는 검사자 이름: (⑦서명 또는 날인)

작성요령

- ① 부서명, ② 부서장 직위 및 이름: 해당 사항이 있는 경우 정확히 기록합니다.
③ 주소지: 시·도와 시·군·구 및 읍·면·동까지 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 연구자 또는 검사자의 소속기관, ⑥ 연구자 또는 검사자 이름: 해당 사항이 있는 경우 정확히 기록합니다.
⑦ 서명 또는 날인: 전자문서로 신고하는 경우에는 생략합니다.

신고방법에 관한 안내

학술연구 또는 혈액 및 혈액제제 검사로 인체면역결핍바이러스 감염인을 발견한 경우 24시간 이내에 질병관리청장에게 신고하여 주십시오.

(기 관 명)

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

문서번호:

시행일자:

수 신:

제 목: 인체면역결핍바이러스 감염인 • 후천성면역결핍증환자 발견 익명신고 • 보고

성별	[] 남 [] 여	국적	[] 내국인 [] 외국인	③검사물번호	
확인진단일	년 월 일	확인검사기관	☐ 보건환경연구원() ☐ 의료기관(의과대학 포함)() ☐ 수탁검사기관() ☐ 질병관리청 ☐ 기타()		

④의료(검진)기관 지정번호:

⑤진단 의사 이름: 면허번호: (⑥서명 또는 날인)

작성요령

- ① 부서명, ② 부서장 직위 및 이름: 해당 사항이 있는 경우 정확히 기록합니다.
- ③ 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)
- ④ 의료(검진)기관 지정번호, ⑤ 진단 의사 이름: 해당 사항을 정확히 기록합니다.
- ⑥ 서명 또는 날인: 전자문서로 신고 또는 보고하는 경우에는 생략합니다.

신고방법에 관한 안내

익명으로 검진한 사람이 인체면역결핍바이러스 감염인으로 밝혀진 경우 24시간 이내에 관할 보건소로 신고하여 주십시오.

〈 입법안 소관 부서명 〉

질병관리청 에이즈관리과	
연 락 처	(043) 719 - 7917