

( 기 관 명 )

우 - 주소 / 전화( ) - / 팩스( ) -  
 (①부서명) (②부서장 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	③국적	생년월일	년 월 일	④검사물번호
	[ ] 여				⑤주소지
최초진단일	년 월 일		확인검사 기관	[ ] ( )보건환경연구원	
확인진단일	년 월 일			[ ] 질병관리청(국립보건연구원)	
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	
후천성면역결핍증환자 관련 임상증상 (사망 전 주요증상 포함)	[ ] 기관지, 기도, 또는 폐 칸디다증 [ ] 원발성 뇌 림프종 [ ] 식도 칸디다증 [ ] 파종성 또는 폐외 결핵 [ ] 침습성(외부 전염성) 자궁경부암 [ ] 미코박테리움 아비움 복합체, 미코박테리움 칸사시( <i>Mycobacterium avium complex, M. kansasii</i> )에 의한 폐 또는 폐외 감염증 [ ] 파종성 또는 폐외 콕시디오이데스균증 [ ] 그 밖에 균종의 미코박테리움( <i>Mycobacterium</i> )에 의한 폐외 감염증 [ ] 폐외 크립토코쿠스증(cryptococcosis) [ ] 주폐포자충 폐렴 [ ] 만성(1개월 이상) 장 크립토스포로디움증 [ ] 반복되는 폐렴 [ ] 간, 비장, 림프절 이외의 거대세포 바이러스 감염증 [ ] 진행성 다발성 백질뇌증 [ ] 거대세포 바이러스 망막염 [ ] 반복성 살모넬라 패혈증 [ ] 인체면역결핍바이러스(HIV) 관련 뇌증 [ ] 뇌 특소플라즈마증 [ ] 단순 포진 바이러스 감염에 의한 만성(1개월 이상) 궤양, 기관지염, 폐렴, 또는 식도염 [ ] 인체면역결핍바이러스(HIV)에 의한 소모증후군 [ ] 파종성 또는 폐외 히스토플라스마증 [ ] 카포지 육종 [ ] 기타 ( ) [ ] 만성(1개월 이상) 장 이소스포라증 [ ] 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.