

특정수혈부작용 발생 신고서

※ 칸 부족 또는 추가 기재 필요 시 별지 사용 가능

(앞쪽)

접수번호	접수일자	처리기간
------	------	------

신고 의료기관	명칭		
	주소		
	작성자 성명 및 소속		
	연락처	(전화번호)	(팩스)

수혈자 정보	성명		혈액형(ABO/Rh)	
	주민등록번호		전화번호	(자택) (휴대전화)
	주소			
	내원당시 질환명		수혈의료기관명	

수혈 전 검사 결과 (ALT값, 음성, 양성 또는 미 실시 기재)	검사항목	ALT	HBsAg	anti-HBc	HBV-DNA	anti-HCV	HCV-RNA	anti-HIV	매독 (VDRL)
	검사연월일								
	검사결과								

수혈 혈액제제 총()개	혈액번호			
	혈액제제명			
	수혈연월일			

특정수혈 부작용	부작용명		진단일자	
	비고			

수혈부작용 진단검사결과 (항체, 항원 및 유전자검사 등 해당 질환 진단검사 실사항목)	검사항목	검사결과 (음성 또는 양성)	검사일자 (검사연월일)	진단(검사) 의료기관명

「혈액관리법」 제10조제1항 및 같은 법 시행규칙 제13조제1항에 따라 위와 같이 특정수혈부작용 발생사실을 신고합니다.

년 월 일

신고인: 의료기관의 장

(서명 또는 인)

특별시장·광역시장·도지사 귀하

첨부서류	수혈 전 검사기록지 사본, 특정수혈부작용 진단검사기록지 사본, 치료력 의무기록 사본, 수혈 혈액번호 의무기록 사본	수수료 없음
------	--	-----------

유의사항

이 신고서는 아래와 같이 보건소장을 경유하여 특별시장·광역시장·도지사에게 접수되므로, 신고인은 해당 의료기관 소재지의 보건소장에게 신고서를 제출하시기 바랍니다.

처리절차

