

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 [간기능검사 (ALT)값, 음 성, 양성 또는 미실시 기재]	검사항목	간기능검 사(ALT)	B형간염 표면항원 (HBsAg) 검사	anti-HBc	HBV-DN A	C형간염 바이러스 (HCV) 항 체 검사	HCV-RNA	사람면역 결핍바이 러스(HIV) 항체 검사	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

