

의뢰기관명

우편번호: _____ 주소 : 의뢰기관의 주소 상세 입력 _____

수신 : 경기도보건환경연구원장
제목 : HIV 확인검사 의뢰

1.아래의 검체는 본원의 HIV 항체 시험에서 양성반응을 보여 확인시험을 의뢰하오니 검사 결과를 회신하여 주시기 바랍니다.

아 래

검체번호	채혈일	최초검사 의뢰기관	검사동기	검사시약	의뢰기관 의 검사결과	채혈횟수	비고

별첨 : 가검물(혈청) 건.끝.

의뢰기관장

<공문작성요령>

1.공문 기재 내용

① 지역별 번호: 경기도 : 07 경기북부 : 16

<검체번호 표시예>

연도-지역번호-보건소(병원)-월별-검체번호

06 - 07 - 장안구 - 6 - 01

② 채혈일 : 의뢰 검체의 채혈일을 기입

③ 최초검사 의뢰기관 : 보건소, 검역소, 혈액원, 병원등으로 구분하여 그 기관의 명칭을 기재

④검사동기 : 현혈, 건강검진, 수술전(치질수술, 치과수술등 구체적으로 기입), 산전검사, 임상증상(결핵, 구강칸디다, 발열, 두통 등 구체적 증상 기입), 성병검진, 자발검사 등

⑤ 검사시약 : 시약명, 제조번호, 유효기간

⑥ 의뢰기관의 검사결과

- EIA : 검체OD값/Cut off값

- PA : 양성 혹은 음성

- WB : Band pattern 표시

⑦ 채혈횟수 : HIV 검사를 위해 채혈한 횟수

⑧ 비고 : AIDS 의심 증상이 있는 경우 증상 및 증후종류, 기타 특이사항 또는 의사의 소견서 기입

※ 보건소에서 해당지역 보건환경연구원에 의뢰한 HIV 검체를 질병관리본부에 본인확인검사 의뢰할 경우 처음에 부여한 검체번호를 그대로 사용하여 의뢰

2. 병원에서 의뢰된 검체의 접수시에 담당의사 소견서를 접수하여 질병관리본부 또는 보건환경연구원에 시험 의뢰시에 필히 사본을 첨부
3. 미결정 판정 검체는 채혈전 반드시 질병관리본부 에이즈 중앙바이러스팀과 협의 바람
4. 가검물을 1.5ml이상 안전 수송용기로 필히 송부할 것

경기도보건환경연구원 미생물검사팀 031-250-2634
의정부보건환경연구원 HIV 검사팀 031-852-7812