

( HIV/AIDS ) 가검물시험의뢰서						
의뢰기관	의뢰기관명		담당의사명			
	주소	우편번호  (전화번호)				
환자	성명		성별/나이			
	등록번호		국적	내국인( ) 외국인( )		
	발병일		검체채취일			
검체명						
시험항목						
검체채취구분(1차또는2차)						
<p>담당의사소견서</p> <p>임상증상 :</p> <p>검사동기 :</p> <p>시약명 : ( 콤보시약 혹은 항체시약 )</p> <p>제조사 :</p> <p>제조번호 :</p> <p>유효기간 :</p> <p>환자 O.D값/Cut off 치 :</p> <p style="text-align: right;">담당의사 : 서명(인) 면허번호 :</p>						
<p>위와 같이 시험을 의뢰함과 동시에 시험성적서 교부를 신청합니다.</p> <p style="text-align: center;">년      월      일</p> <p style="text-align: right;">의뢰기관의 장      □□</p> <p><b>서울시보건환경연구원장 귀하</b></p>						
<p>※구비서류</p> <p>1. 검사대상물</p> <p>2. 기타 시험에 필요한 자료</p> <p>※기재상 주의사항</p> <p>의뢰인은 의료법의 규정에 의한 의료기관이어야 하며 의료기관장의 직인을 날인합니다.</p>				<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">수수료</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">없음</td> </tr> </table>	수수료	없음
수수료						
없음						

## HIV/AIDS 확인검사 의뢰시 준수사항

1) 가검물·시험의뢰서 작성시 반드시 담당의사 소견서란에 환자의 임상증상, 검사동기, 채혈횟수, 검사시약, 기준치, 시험결과값 등을 구체적으로 기입하여야만 하며, 특히 기회감염 등의 AIDS증상이 있는 경우 필히 구체적인 증상을 기입하여야 한다.

2) 시험의뢰서에 환자의 성명과 주민등록번호를 기입하지 말고 환자를 식별할 수 있는 차트번호 또는 검체번호를 기입하고 주민등록번호 대신 성별과 나이를 기입하여 환자 정보가 유출되지 않도록 하여야 한다.

예) 성명을 기입할 경우: 김\*희 등

단, 의뢰 후 HIV항체 양성으로 판정된 경우에 질병관리본부로부터 인적사항에 대한 정보제공 요청을 받는 경우에 요청자의 신분을 확인 후 정보를 제공하도록 한다.

3) HIV검체 의뢰를 위한 검체튜브는 반드시 검체누출방지과 냉동보관이 가능한 2mℓ outer screw cap cryovial tube를 사용하며 튜브의 안전한 수송을 위한 별도의 지정된 검체 수송용기에 담아 운반하여야 한다.

4) 검체튜브에는 가검물번호(혹은 성명)/채혈일/의뢰기관 등이 기록되어 있어야 하며 가검물의 상태는 용혈, 오염 등이 없는 혈청이어야 한다.

5) HIV감염자로부터 태어난 18개월 미만의 신생아 검체, 미결정으로 판정된 검체, 본인확인에 의한 HIV항체 재확인 검사 등은 반드시 질병관리본부에 이즈·중앙바이러스팀과 협의 후 의뢰한다.

6) 가검물(혈청)은 가능한 1.5mℓ이상 보내야 한다.

7) 시험성적서 수령 주소는 우편번호와 함께 자세히 기록하여야 한다.