

조사 안내 및 동의서 (산후조리원 종사자 개별 안내용)

산후조리원 종사자 잠복결핵감염 조사 안내

안녕하십니까?

최근 산후조리원 종사자 중에 결핵이 발생하여 산후조리원 내의 결핵 전파 상황을 확인하고 조치하기 위하여 해당 산후조리원에 머물렀던 산모와 신생아까지 조사를 시행한 사례가 잇따라 발생한 바 있습니다.

우리나라는 상당수의 국민이 과거에 결핵균에 노출되어 몸 안에 결핵균을 가지고 있는 '잠복결핵감염'의 상태이며, 이는 면역력이 약해질 때 '결핵'으로 발전하여 주변인에게 전파할 수 있어 결핵예방을 위한 사전적인 조치로 '잠복결핵감염' 관리를 추진하고 있습니다.

특히, 산후조리원의 경우 면역력이 낮은 신생아와 접촉할 가능성이 크고, 신생아가 결핵균에 감염되는 경우 중증결핵(결핵성수막염, 속립성결핵)으로의 발생 위험이 높아 보다 적극적인 결핵예방이 필요합니다.

따라서, 산후조리원 종사자분들의 결핵균 잠복결핵감염 상태를 확인하고, 잠복결핵감염으로 확인되는 경우 이를 치료함으로써 결핵 발생을 미연에 예방하고자 '산후조리원 종사자 잠복결핵감염 조사'를 실시합니다.

본 조사는 산후조리원의 관할 보건소를 통해 시행되며, 동의자에 한하여 잠복결핵감염 검사와 치료를 진행합니다. 또한 본 조사를 통한 잠복결핵감염 검사와 이의 치료는 무료입니다. 나의 건강을 지키고 또한 산모와 신생아들의 결핵 예방을 위해서 적극적인 참여를 부탁드립니다. 감사합니다.

※관련 문의: 성북구보건소 건강관리과 장정순 (전화 : 2241-6032)

성 북 구 보 건 소 장

산후조리원 종사자 잠복결핵감염 조사 참여 및 정보 이용 동의서

1. 산후조리원 종사자 잠복결핵감염 조사란?

가. 목적 :

나. 절차 :

2. 일반 사항

가. 잠복결핵감염이란 : 결핵균에 감염되어 균이 몸속에 존재하지만 증상이 없고, 균이 외부로 배출되지 않아 다른 사람들에게 전파되지 않는 상태를 말합니다.

나. 잠복결핵감염의 치료 : 1~2가지의 항결핵약제를 약 3~9개월간 복용하는 치료를 받으며, 잠복결핵감염을 치료받을 시 결핵 발병을 약 90% 예방할 수 있습니다.

다. 잠복결핵감염 치료 시 가능한 부작용 :

3. 기타

가. 규제 불이익 없음 :

4. 제공 정보의 내용과 활용 범위

귀하의 정보는 '개인정보보호법', '의료법', '결핵예방법'의 비밀준수의 의무에 따라, 결핵예방법에 따른 결핵 통계·관리사업의 범위 내에서만 활용되며, 기타 상업적 용도로 절대 활용되지 않습니다.

가. 제공 정보의 내용 : 개인식별정보(이름, 주민등록번호, 나이, 성별, 주소, 전화번호, 이동전화번호, 직업) 및 조사 결과(흉부X선검사, 잠복결핵감염 검사, 잠복결핵감염 치료 결과 및 그 밖에 진료 및 검사 자료 등)

나. 활용 범위 : 결핵 및 잠복결핵감염 예방·관리 (예방교육, 상담, 건강관리를 위한 서비스 제공) 및 관련 연구

다. 활용 근거 : 결핵예방법 제6조(결핵통계사업) 및 제7조(결핵환자관리사업 등)

라. 제공처 : 관할 보건소, 질병관리본부

본인은 산후조리원 종사자 잠복결핵감염 조사에 대하여 설명을 들었고, 본 조사(검사 및 치료)에 자발적으로 참여할 것과, 개인정보(인적정보, 검사결과 정보, 치료결과 정보)가 위와 같이 제공·활용되는 것에 동의합니다.

2015 년 월 일

이 름 : _____ (서명) 주민등록번호 : _____

전화번호 : _____ 산후조리원명 : _____

잠복결핵감염 검사 및 치료를 위한 사전 조사서

다음은 잠복결핵감염의 검사와 치료를 위해 사전 확인하는 내용입니다. 각각의 항목에 대하여 주시기 바랍니다. (해당하는 항목에 √표시 또는 직접 기술)

1. 귀하는 결핵을 치료받은 적이 있습니까? (현재 결핵 치료 중인 경우 포함)

1-1. 예

1-2. 아니요

2. 귀하는 잠복결핵감염을 치료받은 적이 있습니까? (현재 잠복결핵감염 치료 중인 경우 포함)

2-1. 예

2-2. 아니요

3. (1 또는 2에서 '예'라고 답한 경우에만 답하여 주십시오) 결핵·잠복결핵감염 치료내용

3-1. 완치 여부 : 완치 치료 중 중단 모름

3-2. 치료 시기 : 0000 년 00 월 ~ 0000 년 00 월 (00 개월)

4. [검사 주의 대상] 다음 중 해당하는 항목에 모두 √표시해 주십시오.

4-1. 주사 공포증(Needle shock)으로 기절한 경험이 있다.

4-2. 임신 중이다.

5. [우선 치료 대상] 다음 중 해당하는 항목에 모두 √표시해 주십시오

5-1. 당뇨

5-2. 만성신부전

5-3. 위절제술

5-4. 규폐증

5-5. 압

5-6. 저체중 (정상 체중의 10% 이상 감소)

5-7. 1개월 이상 스테로이드 복용

5-8. 장기이식 후 면역억제제 사용

5-9. 면역억제제 치료(TNF 길항제 사용)

5-10. 선천적 또는 후천적 면역 결핍

5-11. 간질환

5-12. 그 밖의 질병 (_____)

5-13. 복용 중인 약제 (_____)