

# 중동호흡기증후군(메르스) 자가점검표

성명 : \_\_\_\_\_

◎ 다음과 같은 증상여부를 기록하여 주시기 바랍니다. (측정된 체온을 기록하십시오)

| 증상        |                  | 일자 | 6월3일 |  |  |  |  |  |  |
|-----------|------------------|----|------|--|--|--|--|--|--|
| 주요<br>증상  | 기침               |    |      |  |  |  |  |  |  |
|           | 발열<br>(37.5℃ 이상) |    | ℃    |  |  |  |  |  |  |
|           | 호흡곤란             |    |      |  |  |  |  |  |  |
| 그 외<br>증상 | 두통               |    |      |  |  |  |  |  |  |
|           | 오한               |    |      |  |  |  |  |  |  |
|           | 인후통              |    |      |  |  |  |  |  |  |
|           | 콧물               |    |      |  |  |  |  |  |  |
|           | 근육통              |    |      |  |  |  |  |  |  |
|           | 식욕부진             |    |      |  |  |  |  |  |  |
|           | 메스꺼움             |    |      |  |  |  |  |  |  |
|           | 구토               |    |      |  |  |  |  |  |  |
|           | 복통               |    |      |  |  |  |  |  |  |
|           | 설사               |    |      |  |  |  |  |  |  |

※ 주의사항

- 기침예절 및 손 씻기 등의 개인위생을 철저히 지켜주십시오.
- 주요 증상이 나타날 경우 의료기관을 방문해주시기 바랍니다.

● 체크리스트에 기재된 사항에 대해 O,X로 기재해 주시기 바랍니다 .

| 체크리스트   |   | O,X 표시 |     |
|---|---|--------|-----|
|   |   | 그렇다    | 아니다 |
| 발열과 동반되는 폐렴 또는 급성 호흡기증후군(임상적 또는 방사선학적 진단)이 있으면서                                     | 증상이 나타나기 전 14일 이내에 *중동 지역을 방문한 적이 있다                      |        |     |
|   | 중동지역을 여행한 후 14일 이내에 발열과 급성호흡기증상이 나타난 자와 **밀접하게 접촉한 적이 있다. |        |     |
| 발열과 호흡기 증상(기침, 호흡곤란 등)이 있으면서, 증상이 나타나기 전 14일 이내에 중동지역 의료기관에 직원, 환자, 방문자로 있었던 적이 있다. |   |        |     |
| 발열 또는 호흡기 증상(기침, 호흡곤란 등)이 있고, 중동호흡기증후군 확진 환자가 증상이 있는 동안 밀접하게 접촉한 적이 있다.             |   |        |     |

\* 중동지역 : 아라비아반도 및 그 인근 국가를 말함(바레인, 이라크, 이란, 이스라엘의 웨스트뱅크와 가자지구, 요르단, 쿠웨이트, 레바논, 오만, 카타르, 사우디아라비아, 시리아, 아랍에미레이트, 예멘)

**\*\* 밀접접촉자**

- 적절한 개인보호장비(가운, 장갑, N-95 마스크, 눈 보호장비 등)를 착용하지 않고 환자와 2미터 이내에 머문 경우
  - 같은 방 또는 진료/치료/병실에 머문 경우(가족, 보건의료인 등)
  - 환자의 호흡기 분비물과 직접 접촉한 경우