

코로나19 치료제 사용 안내서 제4-3판 개정전후대비표

〈중앙방역대책본부 자원지원팀 환자관리팀〉

쪽	현행(4-2판)	4-3판 개정(안)	개정사유
1. 항바이러스제-베클루리주[렘데시비르]			
2, 6, 11	* (문의사항) 질병관리청 중앙방역대책본부 환자관리팀 ☎ 043-719-9347, 9361	* (문의사항) 질병관리청 중앙방역대책본부 환자관리팀 ☎ 043-719-9347, 9361, 9363	- 담당자 추가
4	(신설)	<p>- 5. 공급방법(요양병원·시설, 일반병원)*</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <p>(요양병원·시설, 일반병원) 협력병의원 등 연약 및 상환 공유</p> <p>1. 요양병원·시설, 일반병원 내 코로나19 확진자 정보 취합 2. 요양병원, 일반병원은 관할 보건소에 확진자 발생 상황* 공유 3. 요양시설은 협력병의원 및 관할 보건소에 확진자 발생 상황* 공유 *협력병의원이 두어가지는 편이 될 수 있게 환자 관리의 중심병의원, 제조, 연약 등 공유 협력병의원이 없을 경우, 관할 보건소에 문의</p> </div> <p style="text-align: center;">▼</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <p>(요양병원·협력병의원·일반병원) 치료제 투여 기준 역할 환자 관리 및 요청 사항 산출</p> <p>1. 투여 기준 적합 환자 관별 2. 공급 요청서 내 치료제 요청 수량 산출 3. 요양병원·시설, 일반병원의 투여 대상자 명단 및 요청 수량을 관할 보건소에 전달</p> </div> <p style="text-align: center;">▼</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <p>(요양병원·시설/협력병의원, 일반병원) 공급요청서 작성 및 제출</p> <p>1. 공급요청서(부록 2, 1-3. 베클루리주(렘데시비르) 공급 요청서) 작성* 및 관할 보건소에 제출 *사명란: 노인요양시설 내 의료인이 없을 경우, 시설장이 사명 가능</p> </div> <p style="text-align: center;">▼</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <p>(관할 보건소) 공급요청서 검토 및 시·도에 전달</p> <p>1. 공급요청서 작성 상태 검토 후, 시·도에 공급신청</p> </div> <p style="text-align: center;">▼</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <p>(시·도) 공급거점병원이 확보하여 공급 조치</p> <p>1. 공급거점병원(17개 시도 지정)에서 치료제 수령</p> </div> <p style="text-align: center;">▼</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <p>(요양병원·시설/협력병의원, 일반병원) 치료제 수령 및 투약</p> <p>1. 요양병원, 일반병원은 공급거점병원으로부터 치료제 수령 후 투약 2. 요양시설은 공급거점병원으로부터 치료제 수령 후 협력병의원에 연락 3. 요양시설은 협력병의원 의료인력 파견 또는 요양시설 내 의료인력으로 치료제 투약 *의사가 부재중인 요양시설은 업무 수행 전 유·무선 전화 등을 통하여 협력병의원 의사의 교육 및 지도·감독을 받을 것 4. 요양시설은 투약 완료 환자들에 대한 정보 취합하여 협력병의원에 전달 *성명, 성별, 생년월일, 투약시작일, 투약 종료일, 투여량(심재 사용 vol), 이상반응 여부 등</p> </div> <p style="text-align: center;">▼</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>(요양병원·협력병의원, 일반병원) 치료제 투약 확인서 작성 및 제출</p> <p>1. 협력병의원은 노인요양시설로부터 받은 투약 환자들 정보를 바탕으로 코로나19 환자관리정보시스템에서 치료제 투약 확인서 작성 및 제출 2. 요양병원, 일반병원은 코로나19 환자관리정보시스템에서 치료제 투약 확인서 작성 및 제출</p> </div>	- 요양병원·시설, 일반병원 공급 기관 추가

쪽	현행(4-2판)	4-3판 개정(안)	개정사유
		· 요양병원·시설·일반병원은 코로나19 확진자 발생한 기관을 의미함	
5	5. 기타 (1) 공급요청서를 제출하여 약품을 공급받아 투여할 경우에는 위 사항에 동의한 것으로 간주 하며, 베클루리주의 확보 상황에 따라 신청을 해도 공급받지 못 할 수 있음 (2) 공급대상 의료기관은 코로나바이러스감염증-19 환자가 입원한 병원 등을 대상으로 함	6. 기타 (1) 공급요청서를 제출하여 약품을 공급받아 투여할 경우에는 위 사항에 동의한 것으로 간주 하며, 베클루리주의 확보 상황에 따라 신청을 해도 공급받지 못 할 수 있음 (2) 공급은 코로나바이러스감염증-19 환자가 입원(입소)한 기관(중증전담, 감염병 전담병원, 생치협력병원, 생활치료센터, 요양병원·시설·일반병원* 등)을 대상으로 합니다. * 요양병원·시설·일반병원은 코로나19 확진자 발생(병상배정 지연 등 사유)으로 베클루리주 공급이 필요한 기관을 의미함	- 공급기관 확대
2. 항체치료제-렉키로나주(레그단비맵)			
6	(2) 신청 및 보고 절차 ① (약품 신청) 투여대상임을 확인할 수 있는 공급 요청서<부록 2-1> , <부록 2-2>를 작성하여 팩스 또는 웹메일로 제약사(셀트리온제약)*에 신청 * (메일) seunghun.han@celltrionph.com (Fax) 02-2216-0355 (문의사항) 셀트리온제약 ☎ 070-8675-7669/7641 ※ 팩스 또는 웹메일 신청 후 전화 필수 ※ 당일 14시까지 접수 시 익일 17시까지 배송(금요일 주말 공휴일 제외)	(2) 신청 및 보고 절차 ① (약품 신청) 투여대상임을 확인할 수 있는 공급 요청서<부록 2-1> , <부록 2-2>를 작성하여 팩스 또는 웹메일로 제약사(셀트리온제약)*에 신청 * (메일) seunghun.han@celltrionph.com (Fax) 02-2216-0355 (문의사항) 셀트리온제약 ☎ 070-8675-7669/7641 ※ 팩스 또는 웹메일 신청 후 전화 필수 ※ 당일 14시까지 접수 시 익일 17시까지 배송(금요일·주말·공휴일 제외) ※ '22.2.18일부터 렉키로나주 신규 공급 중단되며, 기존 재고로 보유중인 치료제는 델타변이 바이러스로 확인 된 경우에만 한하여 2.28일까지만 활용	- 신규공급 중단 사항 반영
3. 먹는치료제-팍스로비드(니르마트렐비르 및 리토나비르)			
9	1. 연령 만 60세 이상 2. 면역저하자 ※ 면역저하자 상세 내용은 <부록 3-5> 참고 3. 연령 만 50세 이상이고 다음 기저질환[▲당뇨, ▲심혈관질환(고혈압 등), ▲만성 신장질환, ▲만성 폐질환(천식 포함), ▲활동성 암, ▲과체중(체질	1. 연령 만 60세 이상 2. 면역저하자 ※ 면역저하자 상세 내용은 <부록 3-5> 참고 3. 연령 만 40세 이상이고 다음 기저질환[▲당뇨, ▲심혈관질환(고혈압 등), ▲만성 신장질환, ▲만성 폐질환(천식 포함), ▲활동성 암, ▲체질량지수	- 팍스로비드 투약연령을 40대 기저질환자까지 확대

쪽	현행(4-2판)	4-3판 개정(안)	개정사유																																																												
	<p>량지수(BMI) 25kg/m² 이상, ▲면역억제성 질환 또는 면역억제 치료 ▲겸상적혈구 질환, ▲신경발달장애를 하나 이상 가진 환자</p> <p>(신설)</p> <table border="1" data-bbox="219 478 902 834"> <thead> <tr> <th>공통사항</th> <th>12-49세</th> <th>50-59세</th> <th>60세 이상</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3"> <ul style="list-style-type: none"> 증상발생 후 5일 이내(무증상자 제외) 산소치료가 필요하지 않은 환자 </td> <td></td> <td></td> <td>60세 이상</td> </tr> <tr> <td></td> <td>기저질환자</td> <td>기저질환자</td> </tr> <tr> <td>면역저하자</td> <td>면역저하자</td> <td>면역저하자</td> </tr> </tbody> </table>	공통사항	12-49세	50-59세	60세 이상	<ul style="list-style-type: none"> 증상발생 후 5일 이내(무증상자 제외) 산소치료가 필요하지 않은 환자 			60세 이상		기저질환자	기저질환자	면역저하자	면역저하자	면역저하자	<p>(BMI) 30kg/m² 이상, ▲면역억제성 질환 또는 면역억제 치료 ▲겸상적혈구 질환, ▲신경발달장애를 하나 이상 가진 환자</p> <p>※ 위 기준에 해당하는 자 중, 발열·숨참 증상이 있는 경우 또는 예방접종을 완료하지 않은 60세 이상의 환자에 대하여서는, 팍스로비드 투약을 우선 고려하여 주시기 바랍니다.</p> <table border="1" data-bbox="969 462 1653 818"> <thead> <tr> <th>공통사항</th> <th>12-39세</th> <th>40-59세</th> <th>60세 이상</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3"> <ul style="list-style-type: none"> 증상발생 후 5일 이내(무증상자 제외) 산소치료가 필요하지 않은 환자 </td> <td></td> <td></td> <td>60세 이상</td> </tr> <tr> <td></td> <td>기저질환자</td> <td>기저질환자</td> </tr> <tr> <td>면역저하자</td> <td>면역저하자</td> <td>면역저하자</td> </tr> </tbody> </table>	공통사항	12-39세	40-59세	60세 이상	<ul style="list-style-type: none"> 증상발생 후 5일 이내(무증상자 제외) 산소치료가 필요하지 않은 환자 			60세 이상		기저질환자	기저질환자	면역저하자	면역저하자	면역저하자																																	
공통사항	12-49세	50-59세	60세 이상																																																												
<ul style="list-style-type: none"> 증상발생 후 5일 이내(무증상자 제외) 산소치료가 필요하지 않은 환자 			60세 이상																																																												
		기저질환자	기저질환자																																																												
	면역저하자	면역저하자	면역저하자																																																												
공통사항	12-39세	40-59세	60세 이상																																																												
<ul style="list-style-type: none"> 증상발생 후 5일 이내(무증상자 제외) 산소치료가 필요하지 않은 환자 			60세 이상																																																												
		기저질환자	기저질환자																																																												
	면역저하자	면역저하자	면역저하자																																																												
10	(신설)	<p>※ 약국은 재고관리시스템에 재고만 입력하며, 투약 사후보고는 처방기관이 담당</p>	<p>- 전산시스템 투약 사후보고에 내약국 등록 제한 안내</p>																																																												
18	<p>6. 처방·공급 기관 확대</p> <table border="1" data-bbox="219 1042 925 1297"> <thead> <tr> <th>순번</th> <th>대상기관</th> <th>시행일</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>재택치료(관리의료기관)</td> <td>1.14</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>생활치료센터</td> <td>1.14</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>노인요양시설</td> <td>1.20</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>요양병원</td> <td>1.22</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>감염병전담요양병원</td> <td>1.22</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>감염병전담병원</td> <td>1.29</td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>호흡기 클리닉, 지정 진료 의료기관</td> <td>2.3</td> </tr> </tbody> </table>	순번	대상기관	시행일	1	재택치료(관리의료기관)	1.14	2	생활치료센터	1.14	3	노인요양시설	1.20	4	요양병원	1.22	5	감염병전담요양병원	1.22	6	감염병전담병원	1.29	7	호흡기 클리닉, 지정 진료 의료기관	2.3	<p>6. 처방·공급 기관 확대</p> <table border="1" data-bbox="969 1042 1675 1409"> <thead> <tr> <th>구분</th> <th>시행일</th> <th>운영방식</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">재택치료자</td> <td rowspan="2">1.14.</td> <td>재택치료 공급 방식 (관리의료기관 처방, 약국 조제·전달)</td> </tr> <tr> <td>센터 내 처방·조제</td> </tr> <tr> <td>생활치료센터</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">노인요양시설</td> <td rowspan="2">1.20.</td> <td>재택치료 공급 방식 (관리의료기관 처방, 약국 조제·전달)</td> </tr> <tr> <td>-</td> </tr> <tr> <td>60세 이상</td> <td>1.22.</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>요양병원</td> <td rowspan="2">1.22.</td> <td>요양병원 처방, 담당약국 조제·전달</td> </tr> <tr> <td>감염병전담요양병원</td> <td>병원 처방·조제</td> </tr> <tr> <td>감염병전담병원 (거점병원 포함)</td> <td>1.29.</td> <td>병원 처방·조제</td> </tr> <tr> <td>50세 기저질환자</td> <td>2.7.</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>40세 기저질환자</td> <td>2.21.</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>호흡기전담클리닉</td> <td rowspan="2">2.25.</td> <td>클리닉 처방, 약국 조제·전달</td> </tr> <tr> <td>호흡기진료지정 의료기관</td> <td>의료기관 처방, 약국 조제·전달</td> </tr> </tbody> </table>	구분	시행일	운영방식	재택치료자	1.14.	재택치료 공급 방식 (관리의료기관 처방, 약국 조제·전달)	센터 내 처방·조제	생활치료센터			노인요양시설	1.20.	재택치료 공급 방식 (관리의료기관 처방, 약국 조제·전달)	-	60세 이상	1.22.	-	요양병원	1.22.	요양병원 처방, 담당약국 조제·전달	감염병전담요양병원	병원 처방·조제	감염병전담병원 (거점병원 포함)	1.29.	병원 처방·조제	50세 기저질환자	2.7.	-	40세 기저질환자	2.21.	-	호흡기전담클리닉	2.25.	클리닉 처방, 약국 조제·전달	호흡기진료지정 의료기관	의료기관 처방, 약국 조제·전달	<p>- 시행일자 변경 및 운영방식 내용 추가</p>
순번	대상기관	시행일																																																													
1	재택치료(관리의료기관)	1.14																																																													
2	생활치료센터	1.14																																																													
3	노인요양시설	1.20																																																													
4	요양병원	1.22																																																													
5	감염병전담요양병원	1.22																																																													
6	감염병전담병원	1.29																																																													
7	호흡기 클리닉, 지정 진료 의료기관	2.3																																																													
구분	시행일	운영방식																																																													
재택치료자	1.14.	재택치료 공급 방식 (관리의료기관 처방, 약국 조제·전달)																																																													
		센터 내 처방·조제																																																													
생활치료센터																																																															
노인요양시설	1.20.	재택치료 공급 방식 (관리의료기관 처방, 약국 조제·전달)																																																													
		-																																																													
60세 이상	1.22.	-																																																													
요양병원	1.22.	요양병원 처방, 담당약국 조제·전달																																																													
감염병전담요양병원		병원 처방·조제																																																													
감염병전담병원 (거점병원 포함)	1.29.	병원 처방·조제																																																													
50세 기저질환자	2.7.	-																																																													
40세 기저질환자	2.21.	-																																																													
호흡기전담클리닉	2.25.	클리닉 처방, 약국 조제·전달																																																													
호흡기진료지정 의료기관		의료기관 처방, 약국 조제·전달																																																													

쪽	현행(4-2판)	4-3판 개정(안)	개정사유
18	<p>7. 재고관리 세부사항 (중략)</p> <p>* 델타 변이 바이러스 환자의 경우만 항체치료제(렉키로나주) 사용</p>	<p>7. 재고관리 세부사항 (중략)</p> <p>* '22.18일부터 렉키로나주 신규 공급 중단되므로 경증·중등증 환자에 대해 '치료제 사용 안내서'에 따라 베클루리주 적극 활용 권고</p>	<p>- 렉키로나 주 공급중단에 따른 베클루리주 활용 적극 권고</p>
20	<p>(6) (사용기관변경) 시도지사는 먹는치료제 사용 기관 변경시(신규, 수정, 삭제) 신규기관 변경요청서(부록 3-7)를 작성하여 공문(중수본, 방대본, 심평원)과 메일(유한양행, covid19@yuhan.co.kr) 제출</p>	<p>(6) (사용기관변경) 시도지사는 먹는치료제 사용 기관 변경시(신규, 수정, 삭제) 신규기관 변경요청서(부록 3-7)를 작성하여 공문(중수본, 방대본, 심평원)과 메일(유한양행, covid19@yuhan.co.kr) 제출</p>	<p>- 심평원 삭제</p>
21	<p>8. 공급방법</p> <p>(1) (재택치료, 노인요양시설) '코로나19 치료제 사용 안내서'에 따라 관리의료기관에서 진료·처방후 담당약국으로 처방전을 송부하고 담당약국에서 치료제 조제·전달</p> <p style="text-align: center;">< 재택치료, 노인요양시설 치료제 전달 흐름도 ></p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">관리의료기관</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">처방 및 처방전 (팩스 등) 송부 →</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">담당약국</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">조제 및 전달 의뢰 → 전달보고</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">보건의료 지역약사회 협의</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">치료제 전달 →</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">재택 치료 노인요양 시설 병원</div> </div> <p>(2) (생활치료센터, 감염병전담병원) '코로나19 치료제 사용 안내서'에 따라 생활치료센터, 감염병전담병원에서 진료, 처방 실시</p> <p style="text-align: center;">< 생활치료센터, 감염병전담병원 치료제 전달 흐름도 ></p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">생활치료센터, 감염병 전담 병원</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">처방 및 처방전 송부 →</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">병원내 자체조제</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">치료제 전달 →</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">투여 대상자</div> </div> <p>(3) (요양병원, 호흡기 진료지정 의료기관, 호흡기클리닉) '코로나19 치료제 사용 안내서'에 따라 요양병원, 호흡기 진료지정 의료기관, 호흡기클리닉에서 진료·처방후 담당약국으로 처방전을 송부하고 담당약국에서 치료제 조제·전달</p>	<p>8. 공급방법</p> <p>(1) (재택치료, 요양시설) '코로나19 치료제 사용 안내서'에 따라 관리의료기관에서 진료·처방후 담당약국으로 처방전을 송부하고 담당약국에서 치료제 조제·전달</p> <p style="text-align: center;">< 재택치료, 요양시설 치료제 전달 흐름도 ></p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">관리의료기관</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">처방 및 처방전 (팩스 등) 송부 →</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">담당약국</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">조제 및 전달 의뢰 → 전달보고</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">보건의료 지역약사회 협의</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">치료제 전달 →</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">재택 치료 노인요양 시설 병원</div> </div> <p>(2) (생활치료센터, 감염병전담병원) '코로나19 치료제 사용 안내서'에 따라 생활치료센터, 감염병전담병원에서 진료, 처방 실시</p> <p style="text-align: center;">< 생활치료센터, 감염병전담병원 치료제 전달 흐름도 ></p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">생활치료센터, 감염병 전담 병원</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">처방 및 처방전 송부 →</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">병원내 자체조제</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">치료제 전달 →</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">투여 대상자</div> </div> <p>(3) (요양병원, 호흡기 진료지정 의료기관, 호흡기전담클리닉) '코로나19 치료제 사용 안내서'에 따라 요양병원, 호흡기 진료지정 의료기관, 호흡기 전담클리닉에서 진료·처방후 담당약국으로 처방전을 송부하고 담당약국에서 치료제 조제·전달</p>	<p>- 명칭 변경 반영</p>

쪽	현행(4-2판)	4-3판 개정(안)	개정사유
	<p align="center">< 요양병원, 호흡기 진료지정 의료기관, 호흡기클리닉 치료제 전달 흐름도 ></p> <p>요양병원(원외처방) 호흡기 진료 지정 의료기관 호흡기클리닉 → 처방 및 처방전 등 (팩스 등) → 담당 약국 → 조제 및 전달 의뢰 → 전달보고 → 보건소, 지역약사회 협의 → 치료제 전달 → 요양병원 호흡기 진료 지정 의료기관 호흡기클리닉</p>	<p align="center">< 요양병원, 호흡기 진료지정 의료기관, 호흡기전담클리닉 치료제 전달 흐름도 ></p> <p>* 호흡기 진료지정 의료기관, 호흡기전담클리닉은 2.25부터 처방 가능</p> <p>요양병원(원외처방) 호흡기 진료 지정 의료기관 호흡기전담클리닉 → 처방 및 처방전 등 (팩스 등) → 담당 약국 → 조제 및 전달 의뢰 → 전달보고 → 보건소, 지역약사회 협의 → 치료제 전달 → 요양병원 호흡기 진료 지정 의료기관 호흡기전담클리닉</p>	

부록 1-1. 베클루리주 공급 요청서 [감염병전담병원, 생활치료센터→제약사]

27	<p>베클루리주 공급요청서(의료기관→제약회사)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="5" style="text-align: center;">공 급 요 청 서</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2">발주일자</td> <td>(2021-00-00)</td> <td>번호</td> <td>(제약사 작성)</td> </tr> <tr> <td rowspan="6" style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: mixed;">수주처</td> <td>상호</td> <td colspan="3">길리어드사</td> </tr> <tr> <td>사업자번호</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>전화번호</td> <td>02-6030-3320</td> <td>팩스번호</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>부서</td> <td></td> <td>담당자</td> <td>황의진</td> </tr> <tr> <td>이메일</td> <td colspan="3">KR-Veklury-order@gilead.com</td> </tr> <tr> <td>비고</td> <td colspan="3">※ 요청서는 가능한 이메일 송부</td> </tr> <tr> <td>병원명</td> <td>(필수)</td> <td>감염병전담병원 지정일자</td> <td colspan="2">21.00.00 (신규기관 필수)</td> </tr> </tbody> </table>	공 급 요 청 서					발주일자		(2021-00-00)	번호	(제약사 작성)	수주처	상호	길리어드사			사업자번호				전화번호	02-6030-3320	팩스번호	-	부서		담당자	황의진	이메일	KR-Veklury-order@gilead.com			비고	※ 요청서는 가능한 이메일 송부			병원명	(필수)	감염병전담병원 지정일자	21.00.00 (신규기관 필수)		<p>베클루리주 공급요청서(감염병전담병원, 생활치료센터→제약회사)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="5" style="text-align: center;">공 급 요 청 서</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2">발주일자</td> <td>(2021-00-00)</td> <td>번호</td> <td>(제약사 작성)</td> </tr> <tr> <td rowspan="6" style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: mixed;">수주처</td> <td>상호</td> <td colspan="3">길리어드사이언스코리아</td> </tr> <tr> <td>사업자번호</td> <td colspan="3">104-86-33942</td> </tr> <tr> <td>전화번호</td> <td>02-6030-3320</td> <td>팩스번호</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>부서</td> <td>커머셜오퍼레이션</td> <td>담당자</td> <td>홍재우</td> </tr> <tr> <td>이메일</td> <td colspan="3">KR-Veklury-order@gilead.com</td> </tr> <tr> <td>비고</td> <td colspan="3">※ 요청서는 반드시 이메일 송부</td> </tr> <tr> <td>병원명</td> <td>(필수)</td> <td>감염병전담병원 등 지정일자</td> <td colspan="2">21.00.00 (신규기관 필수)</td> </tr> </tbody> </table>	공 급 요 청 서					발주일자		(2021-00-00)	번호	(제약사 작성)	수주처	상호	길리어드사이언스코리아			사업자번호	104-86-33942			전화번호	02-6030-3320	팩스번호	-	부서	커머셜오퍼레이션	담당자	홍재우	이메일	KR-Veklury-order@gilead.com			비고	※ 요청서는 반드시 이메일 송부			병원명	(필수)	감염병전담병원 등 지정일자	21.00.00 (신규기관 필수)		<p>- 서식 추가</p>
공 급 요 청 서																																																																																			
발주일자		(2021-00-00)	번호	(제약사 작성)																																																																															
수주처	상호	길리어드사																																																																																	
	사업자번호																																																																																		
	전화번호	02-6030-3320	팩스번호	-																																																																															
	부서		담당자	황의진																																																																															
	이메일	KR-Veklury-order@gilead.com																																																																																	
	비고	※ 요청서는 가능한 이메일 송부																																																																																	
병원명	(필수)	감염병전담병원 지정일자	21.00.00 (신규기관 필수)																																																																																
공 급 요 청 서																																																																																			
발주일자		(2021-00-00)	번호	(제약사 작성)																																																																															
수주처	상호	길리어드사이언스코리아																																																																																	
	사업자번호	104-86-33942																																																																																	
	전화번호	02-6030-3320	팩스번호	-																																																																															
	부서	커머셜오퍼레이션	담당자	홍재우																																																																															
	이메일	KR-Veklury-order@gilead.com																																																																																	
	비고	※ 요청서는 반드시 이메일 송부																																																																																	
병원명	(필수)	감염병전담병원 등 지정일자	21.00.00 (신규기관 필수)																																																																																

쪽	현행(4-2판)	4-3판 개정(안)	개정사유
---	----------	------------	------

부록 1-2. 베클루리주 공급 요청서 [시도(공급거점병원)→제약사]

28	(신설)	<p>1-2 베클루리주 공급 요청서 [시도(공급거점병원)→제약사]</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;">공 급 요 청 서</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">발주일자</td> <td>(2021-09-09)</td> <td colspan="2">번호</td> <td>제약사명명</td> </tr> <tr> <td rowspan="5" style="text-align: center;">수주처</td> <td>상호</td> <td colspan="4">길리어드사이언스코리아</td> </tr> <tr> <td>사업자번호</td> <td colspan="4">104-86-33942</td> </tr> <tr> <td>전화번호</td> <td>02-6030-3320</td> <td>담당자</td> <td colspan="2">홍재우</td> </tr> <tr> <td>부서</td> <td>커머셜오퍼레이션</td> <td>담당자</td> <td colspan="2">홍재우</td> </tr> <tr> <td>이메일</td> <td colspan="4">KR-Veklury-order@gilead.com</td> </tr> <tr> <td>비고</td> <td colspan="5">※ 요청서는 반드시 이메일 송부</td> </tr> <tr> <td rowspan="5" style="text-align: center;">발주처</td> <td>병원명</td> <td>(필수)</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>진료과</td> <td>(필수)</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>주소</td> <td>(필수)</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>발주부서</td> <td></td> <td>담당자</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>전화번호</td> <td></td> <td>팩스번호</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>약품수령부서</td> <td>(필수)</td> <td>담당자</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>전화번호</td> <td>(필수)</td> <td>담당자</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>순번</td> <td>제품명</td> <td>현재고량</td> <td>산출근거</td> <td>요청수량</td> <td>납품 희망일</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>베클루리주 (템데시비르)</td> <td>00057109 00ml</td> <td>0x37057109</td> <td>0x1ml</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="5"> * 당일 12시까지 접수 시 익일 16시까지 배송 * 금요일 접수분 월요일 배송 </td> <td style="border: 2px solid red; text-align: center;"> 담당 의사 의사 간호사명 시도 담당자명 </td> </tr> </table></div>	발주일자		(2021-09-09)	번호		제약사명명	수주처	상호	길리어드사이언스코리아				사업자번호	104-86-33942				전화번호	02-6030-3320	담당자	홍재우		부서	커머셜오퍼레이션	담당자	홍재우		이메일	KR-Veklury-order@gilead.com				비고	※ 요청서는 반드시 이메일 송부					발주처	병원명	(필수)				진료과	(필수)				주소	(필수)				발주부서		담당자			전화번호		팩스번호			약품수령부서	(필수)	담당자				전화번호	(필수)	담당자				순번	제품명	현재고량	산출근거	요청수량	납품 희망일	1	베클루리주 (템데시비르)	00057109 00ml	0x37057109	0x1ml		* 당일 12시까지 접수 시 익일 16시까지 배송 * 금요일 접수분 월요일 배송					담당 의사 의사 간호사명 시도 담당자명	- 서식 추가
발주일자		(2021-09-09)	번호		제약사명명																																																																																												
수주처	상호	길리어드사이언스코리아																																																																																															
	사업자번호	104-86-33942																																																																																															
	전화번호	02-6030-3320	담당자	홍재우																																																																																													
	부서	커머셜오퍼레이션	담당자	홍재우																																																																																													
	이메일	KR-Veklury-order@gilead.com																																																																																															
비고	※ 요청서는 반드시 이메일 송부																																																																																																
발주처	병원명	(필수)																																																																																															
	진료과	(필수)																																																																																															
	주소	(필수)																																																																																															
	발주부서		담당자																																																																																														
	전화번호		팩스번호																																																																																														
약품수령부서	(필수)	담당자																																																																																															
전화번호	(필수)	담당자																																																																																															
순번	제품명	현재고량	산출근거	요청수량	납품 희망일																																																																																												
1	베클루리주 (템데시비르)	00057109 00ml	0x37057109	0x1ml																																																																																													
* 당일 12시까지 접수 시 익일 16시까지 배송 * 금요일 접수분 월요일 배송					담당 의사 의사 간호사명 시도 담당자명																																																																																												

부록 1-3. 베클루리주 공급 요청서[요양병원·시설, 일반병원→보건소→시도]

29	(신설)	<p>1-3 베클루리주 공급 요청서[요양병원·시설, 일반병원→보건소→시도]</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;">공 급 요 청 서</p> <p>※ 신청기관(요양호트 격리 또는 병상배정 지연 등 사유)은 '치료제 사용안내' 반드시 숙지하여 공급요청서를 작성하고, 보건소는 반드시 재검토(산출근거 등)하여 시도로 요청</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">발주일자</td> <td>(2021-09-09)</td> <td colspan="2">번호</td> <td>제약사명명</td> </tr> <tr> <td rowspan="5" style="text-align: center;">수주처</td> <td>상호</td> <td colspan="4">공급거점 병원</td> </tr> <tr> <td>사업자번호</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>전화번호</td> <td></td> <td>팩스번호</td> <td colspan="2">-</td> </tr> <tr> <td>부서</td> <td></td> <td>담당자</td> <td colspan="2">-</td> </tr> <tr> <td>이메일</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>비고</td> <td colspan="5">※ 신청기관(요청서작성)→보건소(검토)→시도(공급조치)</td> </tr> <tr> <td rowspan="5" style="text-align: center;">발주처</td> <td>기관명</td> <td>(필수)</td> <td>치료제 공급요청사유</td> <td colspan="2">예) 코로나 환자 발생 병상배정 지연 등으로 격리 등</td> </tr> <tr> <td>진료과</td> <td>(필수)</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>주소</td> <td>(필수)</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>발주부서</td> <td></td> <td>담당자명</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>전화번호</td> <td></td> <td>팩스번호</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>약품수령부서</td> <td>(필수)</td> <td>담당자명</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>전화번호</td> <td>(기관)</td> <td>담당자명</td> <td colspan="3">(핸드폰)</td> </tr> <tr> <td>순번</td> <td>제품명</td> <td>현재고량</td> <td>산출근거</td> <td>요청수량</td> <td>납품 희망일</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>베클루리주 (템데시비르)</td> <td>00057109 00ml</td> <td>0x1x09명</td> <td>0x1ml</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="5"> * <예시> 1인당 4~6vial 투여기준으로 투여시 산출근거(경증): 6vial × 투여자 수(2명), 요청수량: 6vial 산출근거(중증): 6vial × 투여자 수(2명), 요청수량: 12vial </td> <td style="border: 2px solid red; text-align: center;"> 담당 의사 의사 간호사명 </td> </tr> <tr> <td colspan="5"> * 잔여제출 반환 및 이동 불가하므로 반드시 적정량 신청 * 코로나19 치료제 사용안내(보건소에서 해당기관에 전달) 사전 숙지, 투약가능한 제반 여건 사전 확인 필수 </td> <td style="border: 2px solid red; text-align: center;"> 시설장 보건소시도 담당자명 </td> </tr> </table></div>	발주일자		(2021-09-09)	번호		제약사명명	수주처	상호	공급거점 병원				사업자번호					전화번호		팩스번호	-		부서		담당자	-		이메일					비고	※ 신청기관(요청서작성)→보건소(검토)→시도(공급조치)					발주처	기관명	(필수)	치료제 공급요청사유	예) 코로나 환자 발생 병상배정 지연 등으로 격리 등		진료과	(필수)				주소	(필수)				발주부서		담당자명			전화번호		팩스번호			약품수령부서	(필수)	담당자명				전화번호	(기관)	담당자명	(핸드폰)			순번	제품명	현재고량	산출근거	요청수량	납품 희망일	1	베클루리주 (템데시비르)	00057109 00ml	0x1x09명	0x1ml		* <예시> 1인당 4~6vial 투여기준으로 투여시 산출근거(경증): 6vial × 투여자 수(2명), 요청수량: 6vial 산출근거(중증): 6vial × 투여자 수(2명), 요청수량: 12vial					담당 의사 의사 간호사명	* 잔여제출 반환 및 이동 불가하므로 반드시 적정량 신청 * 코로나19 치료제 사용안내(보건소에서 해당기관에 전달) 사전 숙지, 투약가능한 제반 여건 사전 확인 필수					시설장 보건소시도 담당자명	- 서식추가
발주일자		(2021-09-09)	번호		제약사명명																																																																																																		
수주처	상호	공급거점 병원																																																																																																					
	사업자번호																																																																																																						
	전화번호		팩스번호	-																																																																																																			
	부서		담당자	-																																																																																																			
	이메일																																																																																																						
비고	※ 신청기관(요청서작성)→보건소(검토)→시도(공급조치)																																																																																																						
발주처	기관명	(필수)	치료제 공급요청사유	예) 코로나 환자 발생 병상배정 지연 등으로 격리 등																																																																																																			
	진료과	(필수)																																																																																																					
	주소	(필수)																																																																																																					
	발주부서		담당자명																																																																																																				
	전화번호		팩스번호																																																																																																				
약품수령부서	(필수)	담당자명																																																																																																					
전화번호	(기관)	담당자명	(핸드폰)																																																																																																				
순번	제품명	현재고량	산출근거	요청수량	납품 희망일																																																																																																		
1	베클루리주 (템데시비르)	00057109 00ml	0x1x09명	0x1ml																																																																																																			
* <예시> 1인당 4~6vial 투여기준으로 투여시 산출근거(경증): 6vial × 투여자 수(2명), 요청수량: 6vial 산출근거(중증): 6vial × 투여자 수(2명), 요청수량: 12vial					담당 의사 의사 간호사명																																																																																																		
* 잔여제출 반환 및 이동 불가하므로 반드시 적정량 신청 * 코로나19 치료제 사용안내(보건소에서 해당기관에 전달) 사전 숙지, 투약가능한 제반 여건 사전 확인 필수					시설장 보건소시도 담당자명																																																																																																		

쪽	현행(4-2판)	4-3판 개정(안)	개정사유
---	----------	------------	------

부록 1-4. 치료제 보관·인수 확인증명서(필요시)

30	(신설)	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;">1-4 치료제 보관·인수 확인증명서(필요시)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <p>보관·인수 확인증명서</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">① 제품명</td> <td>백클루리주(엔테시비드)</td> <td style="width: 25%;">② 수량</td> <td>00vial</td> </tr> <tr> <td>③ 규격 (유효기간)</td> <td>2022.2.00</td> <td>④ 저장방법</td> <td>냉장보관</td> </tr> <tr> <td colspan="4">⑤ 사유 예시)코로나 19 확진에 따른 시설 코호트 격리/병상배정 지연 등</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">보관자</td> <td>⑥ 기관명</td> <td colspan="2">OO의료원</td> </tr> <tr> <td>⑦ 담당자</td> <td colspan="2">OOO / 연락처: 02-0000-0000</td> </tr> <tr> <td>⑧ 수령일시</td> <td>2021.12.00.</td> <td>⑨ 보관온도</td> <td>5.1℃</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">수령자</td> <td>⑩ 기관명</td> <td colspan="2">OO요양병원/요양원</td> </tr> <tr> <td>⑪ 수령인</td> <td colspan="2">OOO / 연락처: 02-0000-0000</td> </tr> <tr> <td>⑫ 수령일시</td> <td>2021.12.00.</td> <td>⑬ 포장형태</td> <td>아이스박스</td> </tr> </table> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">제품 보관관리 기준에 따라 보관 및 수령하였음을 확인합니다.</p> <p style="text-align: center;">2022년 3월 00일</p> <p style="text-align: center;">보관관리자 OOO (서명 또는 날인)</p> </div> </div>	① 제품명	백클루리주(엔테시비드)	② 수량	00vial	③ 규격 (유효기간)	2022.2.00	④ 저장방법	냉장보관	⑤ 사유 예시)코로나 19 확진에 따른 시설 코호트 격리/병상배정 지연 등				보관자	⑥ 기관명	OO의료원		⑦ 담당자	OOO / 연락처: 02-0000-0000		⑧ 수령일시	2021.12.00.	⑨ 보관온도	5.1℃	수령자	⑩ 기관명	OO요양병원/요양원		⑪ 수령인	OOO / 연락처: 02-0000-0000		⑫ 수령일시	2021.12.00.	⑬ 포장형태	아이스박스	- 서식추가
① 제품명	백클루리주(엔테시비드)	② 수량	00vial																																		
③ 규격 (유효기간)	2022.2.00	④ 저장방법	냉장보관																																		
⑤ 사유 예시)코로나 19 확진에 따른 시설 코호트 격리/병상배정 지연 등																																					
보관자	⑥ 기관명	OO의료원																																			
	⑦ 담당자	OOO / 연락처: 02-0000-0000																																			
	⑧ 수령일시	2021.12.00.	⑨ 보관온도	5.1℃																																	
수령자	⑩ 기관명	OO요양병원/요양원																																			
	⑪ 수령인	OOO / 연락처: 02-0000-0000																																			
	⑫ 수령일시	2021.12.00.	⑬ 포장형태	아이스박스																																	

부록 2-9. 노인요양시설 록키로나주 사용 흐름도

88	<p>2-9 노인요양시설 록키로나주 사용 흐름도</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <p style="text-align: center;">(관할보건소) 공급요청서 검토 및 시·도에 전달</p> <p>1. 공급요청서 작성 상태 검토 후, 시·도에 전달</p> </div> <p style="text-align: center;">▼</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <p style="text-align: center;">(시·도) 공급요청서 질병관리청에 제출</p> <p>1. 공급요청서 중앙방역대책본부 자원지원팀(☎ 043-719-9153)에 제출</p> </div> <p style="text-align: center;">▼</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;">(노인요양시설) 치료제 수령 및 투약</p> <p>1. 제약사로부터 치료제 수령 후 협력병원에 연락</p> <p>2. 협력병원 의료인력 파견 또는 노인요양시설 내 의료인력으로 치료제 투약</p> <p><small>*의사가 부재중인 노인요양시설은 업무 수월 전 유·무선 전화 등을 통하여 협력병원 의사의 교육 및 지도·감독을 받을 것</small></p> <p>3. 투약 인료 환자들에 대한 정보 취합하여 협력병원에 전달</p> <p><small>*성명, 성별, 생년월일, 투약내과일, 투약 종류일, 투약량 실제 사용 vial, 이상반응 여부 등</small></p> </div>	<p>2-9 노인요양시설 록키로나주 사용 흐름도</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <p style="text-align: center;">(관할보건소) 공급요청서 검토 및 시·도에 전달</p> <p>1. 공급요청서 작성 상태 검토 후, 시·도에 공급신청</p> </div> <p style="text-align: center;">▼</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <p style="text-align: center;">(시·도) 공급거점병원에서 치료제 수령</p> <p>1. 공급거점병원에서 치료제 수령</p> </div> <p style="text-align: center;">▼</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;">(노인요양시설) 치료제 수령 및 투약</p> <p>1. 공급거점병원으로부터 치료제 수령 후 협력병원에 연락</p> <p>2. 협력병원 의료인력 파견 또는 노인요양시설 내 의료인력으로 치료제 투약</p> <p><small>*의사가 부재중인 노인요양시설은 업무 수월 전 유·무선 전화 등을 통하여 협력병원 의사의 교육 및 지도·감독을 받을 것</small></p> <p>3. 투약 인료 환자들에 대한 정보 취합하여 협력병원에 전달</p> <p><small>*성명, 성별, 생년월일, 투약내과일, 투약 종류일, 투약량 실제 사용 vial, 이상반응 여부 등</small></p> </div>	- 기 변경사항 미반영으로 수정
----	--	--	-------------------

쪽	현행(4-2판)	4-3판 개정(안)	개정사유
---	----------	------------	------


부록 3-1. 팩스로비드 공급 요청서(필요시, 의료기관 등→유한양행사)

90	<p>3-1 팩스로비드 공급 요청서 [의료기관 등→유한양행사]</p> <p style="text-align: center;">공급 요청서 ※ 시스템 마감 후 긴급요청시에만 사용</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">발주일자</td> <td>(2022-00-00)</td> <td colspan="2">번호</td> <td>(제약사 작성)</td> </tr> <tr> <td rowspan="4" style="text-align: center;">수주처</td> <td>상호</td> <td colspan="4">유한양행</td> </tr> <tr> <td>전화번호</td> <td>043-240-1357</td> <td>팩스번호</td> <td colspan="2">043-217-0652</td> </tr> <tr> <td>이메일</td> <td colspan="4">covid19@yuhan.co.kr</td> </tr> <tr> <td>비고</td> <td colspan="4">※ 긴급요청시 전화 및 공급요청서 이메일 제출</td> </tr> <tr> <td rowspan="6" style="text-align: center;">발주처</td> <td>기관구분(√)</td> <td colspan="4"> <input type="checkbox"/> 생활치료센터 <input type="checkbox"/> 지정약국(지자체 보건소) </td> </tr> <tr> <td>생활치료센터명</td> <td colspan="4">(필수)</td> </tr> <tr> <td>지정약국명</td> <td colspan="4">(필수)</td> </tr> <tr> <td>주소</td> <td colspan="4">(필수)</td> </tr> <tr> <td>신청기관</td> <td>(필수)</td> <td>담당자</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>전화번호</td> <td>(필수)</td> <td>팩스번호</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>약품수령기관</td> <td>(필수)</td> <td>담당자</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>전화번호</td> <td>(필수)</td> <td>담당자</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>종류</td> <td>제품명(제약사)</td> <td>현재고량</td> <td>산출근거</td> <td>요청수량</td> <td>납품 희망일</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>PAXLOVID(화이자)</td> <td>(OO일) ~ (OO일) 명분</td> <td></td> <td>명분</td> <td></td> </tr> </table> <p>* 당일 13시까지 시스템 접수 시 익일 17시까지 배송 * 금요일 접수분 월요일 배송</p> <p style="text-align: right;">[인] 또는 서명 담당(신청) 의사, 약사, 간호사, 보건소담당자</p>	발주일자		(2022-00-00)	번호		(제약사 작성)	수주처	상호	유한양행				전화번호	043-240-1357	팩스번호	043-217-0652		이메일	covid19@yuhan.co.kr				비고	※ 긴급요청시 전화 및 공급요청서 이메일 제출				발주처	기관구분(√)	<input type="checkbox"/> 생활치료센터 <input type="checkbox"/> 지정약국(지자체 보건소)				생활치료센터명	(필수)				지정약국명	(필수)				주소	(필수)				신청기관	(필수)	담당자			전화번호	(필수)	팩스번호			약품수령기관	(필수)	담당자			전화번호	(필수)	담당자			종류	제품명(제약사)	현재고량	산출근거	요청수량	납품 희망일	1	PAXLOVID(화이자)	(OO일) ~ (OO일) 명분		명분		<p>3-1 팩스로비드 공급 요청서(필요시, 의료기관 등→유한양행사)</p> <p style="text-align: center;">공급 요청서 ※ 시스템 마감 후 긴급요청시에만 사용</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">발주일자</td> <td>(2022-00-00)</td> <td colspan="2">번호</td> <td>(제약사 작성)</td> </tr> <tr> <td rowspan="4" style="text-align: center;">수주처</td> <td>상호</td> <td colspan="4">유한양행</td> </tr> <tr> <td>전화번호</td> <td>043-240-1357</td> <td>팩스번호</td> <td colspan="2">043-217-0652</td> </tr> <tr> <td>이메일</td> <td colspan="4">covid19@yuhan.co.kr</td> </tr> <tr> <td>비고</td> <td colspan="4">※ 긴급요청시 전화 및 공급요청서 이메일 제출</td> </tr> <tr> <td rowspan="6" style="text-align: center;">발주처</td> <td>기관구분(√)</td> <td colspan="4"> <input type="checkbox"/> 생활치료센터 <input type="checkbox"/> 지정약국(지자체 보건소) </td> </tr> <tr> <td>생활치료센터명</td> <td colspan="4">(필수)</td> </tr> <tr> <td>감염병전담병원명</td> <td colspan="4">(필수)</td> </tr> <tr> <td>지정약국명</td> <td colspan="4">(필수)</td> </tr> <tr> <td>주소</td> <td colspan="4">(필수)</td> </tr> <tr> <td>신청기관</td> <td>(필수)</td> <td>담당자</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>전화번호</td> <td>(필수)</td> <td>팩스번호</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>약품수령기관</td> <td>(필수)</td> <td>담당자</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>전화번호</td> <td>(필수)</td> <td>담당자</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>종류</td> <td>제품명(제약사)</td> <td>현재고량</td> <td>산출근거</td> <td>요청수량</td> <td>납품 희망일</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>PAXLOVID(화이자)</td> <td>(OO일) ~ (OO일) 명분</td> <td></td> <td>명분</td> <td></td> </tr> </table> <p>* 당일 13시까지 시스템 접수 시 익일 17시까지 배송 * 주말 및 공휴일 배송 불가</p> <p style="text-align: right;">[인] 또는 서명 담당(신청) 의사, 약사, 간호사, 보건소담당자</p>	발주일자		(2022-00-00)	번호		(제약사 작성)	수주처	상호	유한양행				전화번호	043-240-1357	팩스번호	043-217-0652		이메일	covid19@yuhan.co.kr				비고	※ 긴급요청시 전화 및 공급요청서 이메일 제출				발주처	기관구분(√)	<input type="checkbox"/> 생활치료센터 <input type="checkbox"/> 지정약국(지자체 보건소)				생활치료센터명	(필수)				감염병전담병원명	(필수)				지정약국명	(필수)				주소	(필수)				신청기관	(필수)	담당자			전화번호	(필수)	팩스번호			약품수령기관	(필수)	담당자			전화번호	(필수)	담당자			종류	제품명(제약사)	현재고량	산출근거	요청수량	납품 희망일	1	PAXLOVID(화이자)	(OO일) ~ (OO일) 명분		명분		- 서식 변경
발주일자		(2022-00-00)	번호		(제약사 작성)																																																																																																																																																																			
수주처	상호	유한양행																																																																																																																																																																						
	전화번호	043-240-1357	팩스번호	043-217-0652																																																																																																																																																																				
	이메일	covid19@yuhan.co.kr																																																																																																																																																																						
	비고	※ 긴급요청시 전화 및 공급요청서 이메일 제출																																																																																																																																																																						
발주처	기관구분(√)	<input type="checkbox"/> 생활치료센터 <input type="checkbox"/> 지정약국(지자체 보건소)																																																																																																																																																																						
	생활치료센터명	(필수)																																																																																																																																																																						
	지정약국명	(필수)																																																																																																																																																																						
	주소	(필수)																																																																																																																																																																						
	신청기관	(필수)	담당자																																																																																																																																																																					
	전화번호	(필수)	팩스번호																																																																																																																																																																					
약품수령기관	(필수)	담당자																																																																																																																																																																						
전화번호	(필수)	담당자																																																																																																																																																																						
종류	제품명(제약사)	현재고량	산출근거	요청수량	납품 희망일																																																																																																																																																																			
1	PAXLOVID(화이자)	(OO일) ~ (OO일) 명분		명분																																																																																																																																																																				
발주일자		(2022-00-00)	번호		(제약사 작성)																																																																																																																																																																			
수주처	상호	유한양행																																																																																																																																																																						
	전화번호	043-240-1357	팩스번호	043-217-0652																																																																																																																																																																				
	이메일	covid19@yuhan.co.kr																																																																																																																																																																						
	비고	※ 긴급요청시 전화 및 공급요청서 이메일 제출																																																																																																																																																																						
발주처	기관구분(√)	<input type="checkbox"/> 생활치료센터 <input type="checkbox"/> 지정약국(지자체 보건소)																																																																																																																																																																						
	생활치료센터명	(필수)																																																																																																																																																																						
	감염병전담병원명	(필수)																																																																																																																																																																						
	지정약국명	(필수)																																																																																																																																																																						
	주소	(필수)																																																																																																																																																																						
	신청기관	(필수)	담당자																																																																																																																																																																					
전화번호	(필수)	팩스번호																																																																																																																																																																						
약품수령기관	(필수)	담당자																																																																																																																																																																						
전화번호	(필수)	담당자																																																																																																																																																																						
종류	제품명(제약사)	현재고량	산출근거	요청수량	납품 희망일																																																																																																																																																																			
1	PAXLOVID(화이자)	(OO일) ~ (OO일) 명분		명분																																																																																																																																																																				

부록 3-7. 먹는치료제 사용기관 변경요청서(시도 → 중수본, 방대본, 유한양행)

124	2) 필요시 유한양행(043-240-1357), 질병청(043-719-9152,9153)으로 문의	2) 필요시 유한양행(043-240-1357), 질병청(043-719-9157, 9158, 9166)으로 문의	- 연락처 변경
-----	--	---	----------

부록 3-8. 팩스로비드 환자용 안내문

126	(신설)		- 환자용 안내문 영문본 추가
-----	------	---	------------------

쪽	현행(4-2판)	4-3판 개정(안)	개정사유
부록 3-11. 팩스로비드 Q&A			
137	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>Q9. 투여 및 건강모니터링실시 기간이 길어진다면(7일 이상), 본인 및 동거가족의 격리기간도 길어지는 건가요?</p> </div> <p>○ 투약 기간에는 ‘건강모니터링과 격리’는 유지되어야 합니다.</p> <p>- (유증상환자) 증상발생 후 7일간 건강·격리관리 + 3일간 격리관리 실시</p> <p>* 격리시점·기간 등은 기초역학조사, 건강모니터링 등 임상결과를 기반으로 보건소 또는 관의료기관 의료진이 판단·결정</p> <p>(코로나바이러스감염증-19 재택치료 안내서 제5판)</p> <p>○ 환자의 투약기간에 관계없이 예방접종 완료자인 동거가족(보호자 등)의 격리해제는 재택치료환자의 증상발생일로부터 7일이 경과시(8일 차) 가능*합니다.</p> <p>* 재택치료자의 증상발생일로부터 6~7일 차에 PCR검사 음성 확인</p>	<p>(삭제)</p>	<p>- 지침 변경으로 인한 삭제, 상세 내용 재택치료 안내서 참고</p>
147	<p>5. 복약지도</p> <p>○ 복약지도는 서면과 구두 모두 실시 합니다.</p> <p>- 구두(유선)의 경우에는 약 배송 후 유선 등으로 환자 또는 보호자에게 실시합니다.</p> <p>- 서면의 경우에는 배송약에 복약지도서와 환자용안내문(하단참조)을 함께 동봉하여 전달하는 방식으로 진행합니다.</p>	<p>5. 복약지도</p> <p>○ 복약지도는 서면과 구두 모두 실시 합니다.</p> <p>- 구두(유선)의 경우에는 약 배송 후 유선 등으로 환자 또는 보호자에게 실시합니다.</p> <p>- 서면의 경우에는 배송약에 복약지도서를 환자용안내문(하단참조)을 함께 동봉하여 전달하는 방식으로 진행합니다.</p>	<p>환자용안내문, 복약지도서 일원화 협의에 따른 안내 변경</p>

쪽	현행(4-2판)						4-3판 개정(안)						개정사유																								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>환자명</th> <th>투약기관</th> <th>투약시작일</th> <th>투약종료일</th> <th>투여량</th> <th>비고</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>홍OO</td> <td>A병원</td> <td>01-25</td> <td>01-26</td> <td>2 dose</td> <td>본원에서 2 dose 투여 후 (B병원으로) 전원</td> </tr> </tbody> </table>						환자명	투약기관	투약시작일	투약종료일	투여량	비고	홍OO	A병원	01-25	01-26	2 dose	본원에서 2 dose 투여 후 (B병원으로) 전원	<table border="1"> <thead> <tr> <th>환자명</th> <th>투약기관</th> <th>투약시작일</th> <th>투약종료일</th> <th>투여량</th> <th>비고</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>홍OO</td> <td>A병원</td> <td>01-25</td> <td>01-26</td> <td>2 dose</td> <td>본원에서 2 dose 투여 후 (B병원으로) 전원</td> </tr> </tbody> </table>						환자명	투약기관	투약시작일	투약종료일	투여량	비고	홍OO	A병원	01-25	01-26	2 dose	본원에서 2 dose 투여 후 (B병원으로) 전원	
	환자명	투약기관	투약시작일	투약종료일	투여량	비고																															
	홍OO	A병원	01-25	01-26	2 dose	본원에서 2 dose 투여 후 (B병원으로) 전원																															
	환자명	투약기관	투약시작일	투약종료일	투여량	비고																															
홍OO	A병원	01-25	01-26	2 dose	본원에서 2 dose 투여 후 (B병원으로) 전원																																
(B병원)						(삭제)																															
<table border="1"> <thead> <tr> <th>환자명</th> <th>투약기관</th> <th>투약시작일</th> <th>투약종료일</th> <th>투여량</th> <th>비고</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>홍OO</td> <td>A병원</td> <td>01-27</td> <td>01-29</td> <td>3 dose</td> <td>(A병원에서) 환자 전원 후, 본원에서 3 dose 추가 투여</td> </tr> </tbody> </table>						환자명	투약기관	투약시작일	투약종료일	투여량	비고	홍OO	A병원	01-27	01-29	3 dose	(A병원에서) 환자 전원 후, 본원에서 3 dose 추가 투여																				
환자명	투약기관	투약시작일	투약종료일	투여량	비고																																
홍OO	A병원	01-27	01-29	3 dose	(A병원에서) 환자 전원 후, 본원에서 3 dose 추가 투여																																