

뉴욕주

중독 서비스 및 지원국(OFFICE OF ADDICTION SERVICES AND SUPPORTS)

전염병 공개 동의서

참조: 본 문서는 HIV 관련 정보에 대한 적절한 동의서가 아닙니다

취소 날짜 _____ 직원 서명 _____

환자의 성	이름	중간 이름
사례 번호		
시설	유닛	

지침: 양식 사본을 환자에게 주세요! 환자의 사례를 기록하기 위해 사본 1부를 준비하세요.

본인은 뉴욕주 위생법(Sanitary Code, 10 NYCRR 2.10)에 따라 진단 후 24시간 내에 전염병을 뉴욕주 보건부(New York State Department of Health, NYSDOH) 또는 지역 보건부에 보고하라는 통보를 받았습니...

그러므로 치료 시설이 전염병 보고 요건을 준수하도록 허용하기 위해, 본인은 그러한 질환에 걸린 것으로 진단된 경우 상기의 치료 시설이 본인의 전염병 감염 사실을 NYSDOH 또는 지역 보건부에 제공하는데 동의합니다.

공개 범위는 본인의 이름, 주소, 진단, 질병에 노출되었을 수 있는 사람의 신원, 본인 질병의 출처(알려진 경우), 모든 제공된 치료 및 지속적인 치료에 관한 모든 관련 정보(명시)로 제한됩니다.

본인은 동의서에 따라 이미 취해진 조치를 제외하고 언제든지 본 동의서를 철회할 수 있으며, 본 동의서에 따라 NYSDOH 또는 지역 보건부에 제공된 정보는 본인의 추가 서면 승인 없이는 공개되지 않음을 이해합니다.

환자 서명

날짜

참조: 본 양식을 통해 공개되는 모든 정보에는 알코올/약물 남용 환자에 관한 정보의 재공개 금지(Prohibition on Redisclosure of Information Concerning Alcoholism/Drug Abuse Patient) 양식 TRS -1이 첨부됩니다.

뉴욕주 보건부(NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH) 전염병 보고 요건

전염병 의심 또는 확진 사례의 보고는 뉴욕주 위생법(New York State Sanitary Code, 10NYCRR 2.10,2.14)에 따른 의무사항입니다. 보고의 주된 책임은 의사에게 있으며, 또한 검사실(PLH 2102), 학교 간호사(10NYCRR 2.12), 보육시설 원장, 요양원/병원(10NYCRR 405.3d) 및 주 기관(10NYCRR 2.10a) 또는 기타 건강 서비스를 제공하는 기타 장소(10NYCRR 2.12)도 다음 질환을 보고해야 합니다.

아나플라즈마증	코로나바이러스(중증 또는 신중) 2019 신종	크립토스포리디오시스증	식품 취급자의 A형 간염	임산부 B형 간염 보균자
아메바성 감염증	코로나바이러스 (COVID-19)	원포자충증	B형 간염(급성 또는 만성 명시)	헤르페스 감염,
광견병 예방 처치가 이뤄진 동물 물림 ¹	중증급성호흡기증후군(SARS)	대장균 O157:H7 감염 ⁴	C형 간염(급성 또는 만성 명시)	60일 이하의 유아 병원 관련 감염 (10NYCRR 2.2항에 정의됨)
탄저병 ²	중등호흡기증후군(SARS)	엘리히증		독감, 검사실에서 확인된 레기오넬라증
아르보바이러스 감염 ³		뇌염		리스테리아증
바베시아증		식중독		라임병
보툴리누스증 ²		편모충증		성병성림프육아종 말라리아
브루셀라증 ²		마비저 ²		
캠필로박터증		임균 감염증 인플루엔자균5 (침습성 질환)		

연성하감	한타바이러스 질환	홍역
클라미디아 트라코마티스 감염	용혈성요도증후군	멜리오이도시스 ²
콜레라	A형 간염	수막염 무균성 또는 바이러스성
RS-7 (10/2020)		

뒷면을 확인하세요

헤모필루스
수막구균성
기타(유형 명시)
수막알균혈증

원숭이마마
유행성
이하선염
백일해
흑사병²
소아마비
앵무병
Q열²
광견병¹
로키산 흥반열
풍진
(선천성 풍진 증후군 포함)
살모넬라증
이질균 독소 생산 대장균⁴
(STEC)
세균성이질⁴
천연두²
황색포도구균⁶(반코마이신에 감소된 민감성 또는 저항성을 보이는 균주로 인함)

포도구균장독소 B 중독²
연쇄구균 감염 (침습성 질환)⁵
그룹 A 베타 용혈성 연쇄구균
그룹 B 연쇄구균
폐렴연쇄구균
매독, 단계 명시⁷
파상풍
독소 충격 증후군
전염성 해면상 뇌병증⁸ (TSE)
선모충증
결핵 현재 질환 (부위 명시)
야토병²
장티푸스
중두 질환⁹
비브리오팀⁶
출혈열²
에르시니아증

누가 보고해야 합니까?

의사, 간호사, 검사실 원장, 감염 관리자, 의료 시설, 주 기관, 학교.

어디에 보고해야 합니까?

환자가 거주하는 지역의 보건부에 보고하세요.

연락 담당자 _____

이름 _____

주소 _____

전화 _____ 팩스 _____

언제 보고해야 합니까?

진단 후 24시간 이내:

- 굵은 글씨로 된 질환은 전화 통보.
- 다른 모든 질환에 대해 사례 보고서 DOH-389 우편 송부.
- 뉴욕시에서는 양식 PD-16 사용.

특별 참조

- 굵은 글씨로 된 질환은 신속한 조치가 필요하며 즉시 지역 보건부에 보고하고 기밀 사례 보고 양식(DOH-389)을 제출해야 합니다. 뉴욕시에서는 사례 보고 양식 PD-16을 사용하세요.
- 위에 나열된 질환 이외에, 모든 특이한 질환(전염성 감염원 독소로 인해 발생 가능한, 새롭게 분명해지거나 최근 생겨난 증후군으로 정의됨)을 보고할 수 있습니다.
- 발발: 일부 질환(예: 연쇄구균 인후염, 머릿니, 농가진, 옴 및 사레)는 보고할 필요가 없지만, 전염병의 집단 또는 발발 사례 가능한 사건입니다.
- HIV 감염, HIV 관련 질병 및 AIDS 사례는 DOH-4189 양식도 가능하며 이 양식은 아래 기관에 연락하여 입수할 수 있습니다.
역학, 평가 및 연구국(Division of Epidemiology, Evaluation & Research)
P.O. Box 2073, ESP
Station Albany, NY
12220-2073 (518)
474-4284

뉴욕시의 경우: 뉴욕시 보건 및 정신의재부(New York City Dept. of Health and Mental Hygiene)

1. 광견병 예방 조치를 시작하기 전에 지역 보건부에 통지해야 합니다.
2. 생물학 테러의 지표가 될 수 있는 질환.
3. 동부말뇌염 바이러스, 서부말뇌염 바이러스, 웨스트나일 바이러스, 세인트루이스뇌염 바이러스, 라크로스 바이러스, 파우아산 바이러스, 제임스타운 캐년 바이러스, 뎅기열 및 황열병을 포함하며 이에 국한되지 않음.
4. 쉬가독소 양성 결과는 질환의 추정 증거로서 보고해야 합니다.
5. 혈액, CSF, 관절, 복막액 또는 흉수에서 나온 양성 배양 사례만 보고합니다. 피부, 타액, 가래 또는 목에서 나온 양성 배양 사례는 보고하지 마세요.
6. 목록에 추가하도록 제안됨.
7. 역가 또는 모든 1기 혹은 2기 질환에 관계없이, 모든 비트레포네마 검사가 1:16 이상인 경우($\geq 1:16$) 또는 모든 양성 출산 전 검사 또는 분만 검사는 전화로 보고해야 하며, 나머지는 우편으로 보고할 수 있습니다.
8. 크로이츠펠트 야곱병 포함. 질환이 의심되는 경우, 사례를 (518) 473-7817로 뉴욕주 보건부 알츠하이머병 및 기타 치매 등록소(Department of Health Alzheimer's Disease and Other Dementias Registry)에 직접 보고해야 합니다. 뉴욕시에서는 사례를 NYCDOHMH에 보고해야 합니다.
9. 접촉 전염으로 인한 중두 감염자 그리고 접촉으로 인해 중두습진, 다형 홍반 메이저 또는 스티븐스-존슨 증후군, 태아 중두, 전신성중두, 의도하지 않은 접촉, 안구 중두, 접촉후 뇌염 또는 뇌척수염, 진행성 중두, 감염 부위의 화농 감염과 같은 합병증을 가지거나 기타 중대한 이상 반응을 가진 사람.

추가 정보

질환 보고에 대한 자세한 내용은 지역 보건부 또는 다음 기관에 문의하세요

뉴욕주 보건부 전염병관리국(New York State Department of Health Bureau of Communicable Disease Control)

전화 (518) 473-4439

또는 영업 시간 이후에는 (866) 881-2809.

뉴욕시에서는 1 (866) NYC-DOH1.

보고 양식(DOH-389)을 받으려면 (518) 474-0548로 전화하세요.