
HIV 수직감염 예방약제 보관 및 사용관련 지침

2012. 10.



질병관리본부

목 차

필요성 및 목적	3
비치 약제목록	3
약제 관리기관	4
약제의 보관 및 관리	4
약제의 요청 및 사용	4
약제사용 절차	6

[서식]

1. 구입요청서	7
2. 폐기요청서	8
3. 인수증	9

□ 필요성 및 목적

- HIV 감염인 여성이 출산할 경우 수직감염 예방을 위해
 - 산모의 혈중 바이러스 농도를 낮출 목적으로 출산 1시간 전부터 태출절단 시까지의 출산과정 동안 항바이러스제인 정맥주사용 지도부딘(Retrovir I.V infusion)을 지속 투여하고,
 - 신생아에게도 출생 직후부터 지도부딘 시럽(Retrovir syrup)을 4회/일 간격으로 6주간 투여함
- 우리나라에서 화학적 예방요법을 적용하고 출산한 사례 중 95% 이상의 순응도를 유지한 경우 수직감염 사례는 보고된 바 없음
- 정맥주사용 지도부딘과 지도부딘 시럽은 시판되고 있는 약제가 아니므로 필요 시 희귀의약품센터를 통해 구입하여 사용하여야 하나 응급 출산의 경우는 구비된 약제가 없어 신생아의 수직감염 위험성이 증가함
- 따라서 동 약제를 공공 의료기관에 상시 비치하여 응급 출산 시 사용 가능하도록 함으로써 수직감염 예방에 기여하고자 함

□ 비치 약제(항바이러스제)

약제	1회 사용량	상시 비치량 (2회분)
Retrovir I.V infusion	2㉕	4㉕
Retrovir syrup	1병	2병

□ 약제 관리기관

○ 의료기관(부서) 및 책임자

의료기관(부서)	책임자(정)	책임자(부)
서울특별시 서울의료원 (약제과)	약제과장	감염내과장

※ 상담간호사는 약제사용절차에 적극 협력함

□ 약제의 보관 및 관리

○ 약제의 보관

- 개봉하지 않은 상태로 상온에서 보관하며 보관상 특이사항 없음

○ 약제의 폐기 및 교체

- 약제를 사용하여 재구비가 필요한 경우에는 약제 구입요청서(서식1)를 「질병관리본부 에이즈결핵관리과」에 제출함
- 유효기간이 만료된 약제는 폐기요청서(서식2), 폐기할 약제, 구입요청서(서식1)를 「질병관리본부 에이즈결핵관리과」에 제출함

□ 약제의 요청 및 사용

○ 약제사용요청

- HIV 감염여성의 응급출산 상황 발생 시 응급약제가 필요한 의료기관의 담당의는 서울의료원 의료기관감염인상담사업 상담간호사에게 유선으로 약제사용을 요청하고 진단서를 작성하여 팩스전송(진단서를 약제사용요청서로 갈음함)

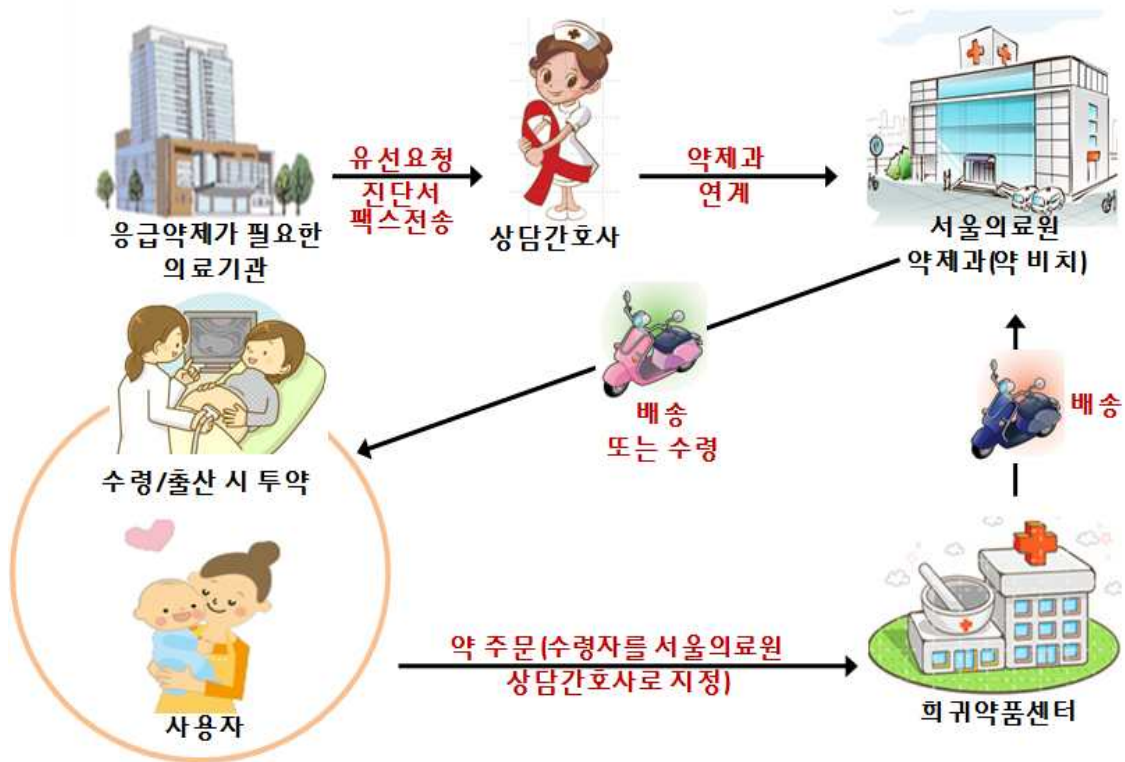
○ 약제배부신청

- 의료기관의 약제사용요청을 받은 서울의료원 HIV의료기관상담사업 상담간호사는 서울의료원 약제과에 의료기관의 진단서 제출하여 약제배부를 신청

○ 약제배부

- 서울의료원 약제과장은 약제사용을 요청하는 의료기관 담당의와 협의하여 약제인수절차를 결정하고 약제를 인계함
 - 인수절차
 - 인력을 통한 직접 인수 : 사용 요청 기관 측의 인력(직원, 보호자 등)이 서울의료원 약제과에 직접 내원하여 약제를 인수받는 경우 인수자의 신분을 확인한 후 인수증(서식3)을 수령하고 약제를 인계함
 - 택배 등을 통한 간접 인수 : 인수자의 신분을 확인한 후 약제를 인계하고, 사용 요청 기관으로부터 인수증(서식3)을 팩스로 수령함
- ※ 의료기관에서 약제사용 요청이 있을 경우 신속히 처리하여 응급 대응에 차질이 없도록 노력해야 함

□ 약제사용절차



서울의료원 상담간호사에게 약제사용 유선 요청
및 진단서 팩스송부
연락처 : 전화 010-5422-2958, 팩스 02)2260-0803

상담간호사가 약제과 연락하고 요청 의료기관과 연계

약제 인수인계 (배송 또는 인편으로 수령)

사용한 의료기관(환자)이 희귀약품센터에 약제주문

수령기관(수령자)을 서울의료원(상담간호사)로 지정

서울의료원 약제과에 수령약제 비치

구입요청서

약제명	수량	구입요청사유

※ 약제를 사용한 경우 인수한 의료기관명과 담당의사명 기재

HIV 수직감염 예방을 위해 서울의료원 약제과에 상시 비치 중인 상기 약제에 대하여 구입을 요청하오니 조치하여 주시기 바랍니다.

20 년 월 일

서울의료원 약제과장 (인)

질병관리본부 에이즈결핵관리과장 귀하.

폐기요청서

약제명	수량	폐기사유

HIV 수직감염 예방을 위해 서울의료원 약제과에 보관 중인 상기 약제에 대하여 폐기를 요청하오니 조치하여 주시기 바랍니다.

20 년 월 일

서울의료원 약제과장 (인)

질병관리본부 에이즈결핵관리과장 귀하.

인 수 증

☐ 인수자

- 인수자 성명(신분증확인) :
- 환자와의 관계 :

☐ 인수기관

- 인수의료기관명 :
- 담 당 의 성 명 : (인)
- 연 락 처 :

☐ 인수내용

약제명	수량

위의 약품을 인수하였음을 확인합니다.

20 년 월 일

인수자 : _____ (인)

서울의료원 약제과장 귀하.