

코로나19 예방접종관리시스템

이상반응관리 사용자 매뉴얼

— 의료기관 —

1권

2023. 3월



질병관리청

CONTENTS

I

시스템 공통

1. 사용자 가입
2. 권한 신청

II

신고

1. 병의원 | 보건소 신고관리
2. 병의원 | 보건소신고관리(조회)
3. 병의원 | 보건소이상반응모니터링(조회)
4. 이상반응 기초 및 조사 보고서 신고내역(조회)

III

피해

IV

지원

V

콜센터

Part 02

신고

1. 병의원 | 보건소 신고관리
2. 병의원 | 보건소신고관리(조회)
3. 병의원 | 보건소이상반응모니터링(조회)
4. 이상반응 기초 및 조사 보고서 신고내역(조회)

신고

개요

코로나19 예방접종 후 발생한 이상반응을 신고하고, 내역을 조회한다.

업무	처리내용 및 절차	관련 화면
이상반응 신고	코로나19 예방접종 후 이상반응을 진료 후 시스템에 이상반응을 신고 및 조회한다.	<ul style="list-style-type: none"> • 병원 보건소신고관리 • 병원 보건소신고관리 (조회) • 병원 보건소이상반응 모니터링 (조회) • 이상반응기초 및 조사 보고서신고내역 (조회)

신고

1 병의원 | 보건소신고관리

(1) 병의원 | 보건소신고관리

질병보건통합관리시스템 > 코로나19예방접종관리 > 이상반응관리 > 병의원|보건소신고관리

1. 피접종자주민번호

2. 조회

3. 이상반응신고

번호	접종명	접종차수	접종기관	제조번호	접종일자	이상반응신고여부
1	코로나19	2차		A12399X	2022-04-10	Y
2	코로나19	3차		A12399X	2022-04-10	Y
3	코로나19	4차		A12399X	2022-04-10	Y
4	코로나19(동결기)	동결기		A12399X	2022-12-14	N

번호	관할시도	관할보건소	전산등록기관	보고일	발생일	접종기관	피접종자	접종일자	중증신고여부
1				2023-02-02	2023-02-02			2022-04-10	N

• 진행 절차

- 1) 피접종자(이상반응 발생자)의 주민등록번호를 입력 후 ‘조회’버튼을 클릭합니다.
- 2) 조회된 인적을 클릭하면 아래에 예방접종 내역이 보입니다.
- 3) 이상반응이 발생한 접종내역을 선택하고 ‘이상반응신고’ 버튼을 누릅니다.

(3) 이상반응 종류 및 이상반응 진행상황

1

이상반응종류

국소이상반응	<input type="checkbox"/> 접촉 부위 농창 <input type="checkbox"/> 입포선염(하농성입포선염 포함) <input type="checkbox"/> 입포선염(화농성입포선염 포함) <input type="checkbox"/> 2달이상 지속되거나 입창이 발생한 접촉 부위 통증 <input type="checkbox"/> 2달이상 지속되거나 입창이 발생한 접촉 부위 발적 <input type="checkbox"/> 2달이상 지속되거나 입창이 발생한 접촉 부위 부어오름 <input type="checkbox"/> 2달이상 지속되거나 입창이 발생한 접촉 부위 경결
전신계 이상반응	<input type="checkbox"/> 전신성 홍반 <input type="checkbox"/> 무균성 농창 <input type="checkbox"/> 발진성 홍반(화농성발진 포함) <input type="checkbox"/> 발진성 홍반(화농성발진 포함) <input type="checkbox"/> 발진성 홍반(화농성발진 포함) <input type="checkbox"/> 발진성 홍반(화농성발진 포함) <input type="checkbox"/> 발진성 홍반(화농성발진 포함)

2

진행상황

국소이상반응	<input type="checkbox"/> 국소이상반응 <input type="checkbox"/> 국소이상반응 <input type="checkbox"/> 국소이상반응 <input type="checkbox"/> 국소이상반응 <input type="checkbox"/> 국소이상반응
전신계 이상반응	<input type="checkbox"/> 전신계 이상반응 <input type="checkbox"/> 전신계 이상반응 <input type="checkbox"/> 전신계 이상반응 <input type="checkbox"/> 전신계 이상반응 <input type="checkbox"/> 전신계 이상반응

3

진행상황

국소이상반응	<input type="checkbox"/> 국소이상반응 <input type="checkbox"/> 국소이상반응 <input type="checkbox"/> 국소이상반응 <input type="checkbox"/> 국소이상반응 <input type="checkbox"/> 국소이상반응
전신계 이상반응	<input type="checkbox"/> 전신계 이상반응 <input type="checkbox"/> 전신계 이상반응 <input type="checkbox"/> 전신계 이상반응 <input type="checkbox"/> 전신계 이상반응 <input type="checkbox"/> 전신계 이상반응

• 진행 절차

- 1) 이상반응 종류 및 진행상황 팝업입니다. 이상반응종류 및 증상을 입력합니다.
(중복 입력 가능)
- 2) 이상반응 진행상황을 입력합니다.
※ 장애진단을 받은 경우에 장애 정도에 맞게 '경미장애/후유증', '영구장애/후유증'을 선택하시기 바랍니다.
- 3) 저장 버튼을 클릭하여 기입 된 해당 내용을 저장합니다.
※ '저장' 버튼 클릭 전 내용이 맞는지 다시 한번 검토하여 주시기 바랍니다.

(4) 이상반응 기초 및 조사 보고서 입력

1) 아나필락시스 기초보고서 증상 및 징후

아나필락시스 증상 및 징후

1. 증상이나 징후가 갑자기 발생했는가 ☒ 예 ☐ 아니오

2. 증상이나 징후가 빠르게 진행했는가 ☒ 예 ☐ 아니오

3. 증상과 징후를 표시하여 주세요.

구분	경증	중증
피부계	<input checked="" type="checkbox"/> 피부발진이 없는 전신 소양증 <input type="checkbox"/> 전신 따끔거림 <input type="checkbox"/> 겹종부위의 두드러기 <input type="checkbox"/> 출혈되고 간지러운 눈	<input type="checkbox"/> 전신두드러기 <input type="checkbox"/> 전신홍반 <input type="checkbox"/> 국소적 또는 전신적 혈관부종(전신/입술을 포함한 국소) (유전성 혈관부종 아님) <input type="checkbox"/> 피부발진을 동반한 전신 소양증
심혈관계	다음 증상 중 적어도 2가지가 있어 말초혈액이 감소된 경우 - <input type="checkbox"/> 빈맥 - <input type="checkbox"/> 저혈압이 아니지만 모세혈관 재충전 3초이상 - <input type="checkbox"/> 의식수준 감소	<input type="checkbox"/> 저혈압 다음 증상 중 적어도 3가지가 해당하는 갑작스런 쇼크 - <input type="checkbox"/> 빈맥 - <input checked="" type="checkbox"/> 모세기관 재충전 시간 3초 이상 - <input checked="" type="checkbox"/> 중심정맥압 감소 - 중심정맥압 수치 <input type="text"/> - <input type="checkbox"/> 의식상실에 준하는 단계이거나 의식상실
호흡기계	<input type="checkbox"/> 지속되는 마른기침 <input type="checkbox"/> 선명소리 <input type="checkbox"/> 천명(쌉쌉거림)이나 협착음 없는 호흡곤란 <input type="checkbox"/> 목이 막힌 느낌 <input type="checkbox"/> 재채기, 콧물	<input type="checkbox"/> 양측성 천명음(기관지 경련, 청진기사용) <input type="checkbox"/> 협착음 <input type="checkbox"/> 상기도 부종(혀, 목, 목젢, 후두) 아래 2가지 이상의 호흡기질환 - <input type="checkbox"/> 빈호흡 - <input type="checkbox"/> 청색증 - <input type="checkbox"/> 그렁거림 - <input type="checkbox"/> 흉벽함몰 - <input type="checkbox"/> 보조호흡근의 사용증가
위장관계	<input type="checkbox"/> 설사 <input type="checkbox"/> 복통 <input type="checkbox"/> 메스꺼움 <input type="checkbox"/> 구토	
실험실	<input type="checkbox"/> 비만세포 트립타제 상승 - 비만세포 트립타제 수치 <input type="text"/>	

2

• 진행 절차

1) 아나필락시스 증상 및 징후 수정 화면 입니다. 각 항목 사항을 체크 합니다.

*입력 시 주의사항

- ① 증상과 징후에 빈혈, 빈 호흡, 저혈압이 체크되었다면 활력징후 값이 입력되어 있는지 확인
- ② 피부 증상이 있을 시 사진이 첨부되어 있는지 확인
- ③ 중심정맥압, 비만세포 트립타제 수치는 반드시 수치/단위가 같이 입력되어 있는지 확인
- ④ 예/아니오 체크가 되어있는지 확인
- ⑤ 발생인지 기관 작성자명이 입력되어 있는지 확인
- ⑥ 환자의 주치의가 작성했는지 확인

2) 각 항목의 수정 반영을 위해 확인버튼을 클릭합니다.

2) 아나필락시스 기초보고서 정보 상세보기 - ①

아나필락시스신고관리

1

이상반응환자 인적정보

이상반응자 성명 [] 주민등록번호 [] - [] 성별/생일이미제 [] 년 [] 월

보호자 성명 [] 보호자주민등록번호 [] - [] 결혼연령 [] 년 [] 월

우편번호 [] 검색 [] 전화번호 [] - [] - []

상세주소 [] 휴대전화번호 [] - [] - []

2

결종기관정보

결종기관 ☒ 보건소 ☐ 병의원 기관명 [] 전화번호 [] - [] - []

주소 []

예방접종일시

* 결종일시 2021-04-27 02 시 04 분

이상반응 등록 접종 내역

접종명	제조회사	제조번호	백신명	유효기간	접종일	접종부위	접종방법	과거회수
코로나19	화이자	FP8795	코미나티주	2022-07-31	2021-04-27	삼각근(왼팔)	근육주사	

발생인자기관

기관명 [] 검색 [] 전화번호 [] - [] - []

1. 증상이나 징후가 갑자기 발생했는가 ☒ 예 ☐ 아니오

2. 증상이나 징후가 빠르게 진행했는가 ☒ 예 ☐ 아니오

3. 증상과 징후를 표시하여 주세요.

구분	경증	중증
피부계	<input type="checkbox"/> 피부발진이 없는 전신 소양증 <input type="checkbox"/> 전신 따끔거림 <input type="checkbox"/> 접종부위의 두드러기 <input type="checkbox"/> 송털되고 간지러운 눈	<input type="checkbox"/> 전신두드러기 <input type="checkbox"/> 전신홍반 <input type="checkbox"/> 국소적 또는 전신적 혈관부종(전신/입술을 포함한 국소) (유전성 혈관부종 아님) <input type="checkbox"/> 피부발진을 동반한 전신 소양증
심혈관계	다음 증상 중 적어도 2가지가 있어 말초혈액이 감소된 경우 <input type="checkbox"/> 빈맥 <input type="checkbox"/> 저혈압이 아니지만 모세혈관 재충전 3초이상 <input type="checkbox"/> 의식수준 감소	<input type="checkbox"/> 저혈압 다음 증상 중 적어도 3가지가 해당하는 갑작스런 쇼크 <input type="checkbox"/> 빈맥 <input type="checkbox"/> 모세기관 재충전 시간 3초 이상 <input type="checkbox"/> 중심혈압 감소 - 중심혈압 수치 [] <input type="checkbox"/> 의식상실에 준하는 단계이거나 의식상실
호흡기계	<input type="checkbox"/> 지속되는 마른기침 <input type="checkbox"/> 심복소리 <input type="checkbox"/> 천명(쌉쌉거림)이나 협착음 없는 호흡곤란 <input type="checkbox"/> 목이 막힌 느낌 <input type="checkbox"/> 재채기, 콧물	<input type="checkbox"/> 알축성 천명음(기관지 경련, 청진기사용) <input type="checkbox"/> 협착음 <input type="checkbox"/> 상기도 부종(혀, 목, 목젢, 후두) 아래 2가지 이상의 호흡기질환 <input type="checkbox"/> 빈호흡 <input type="checkbox"/> 청색증 <input type="checkbox"/> 그렁거림 <input type="checkbox"/> 흉박압박 <input type="checkbox"/> 보조호흡근의 사용증가
위장관계	<input type="checkbox"/> 설사 <input type="checkbox"/> 복통 <input type="checkbox"/> 메스꺼움 <input type="checkbox"/> 구토	
심혈심	<input type="checkbox"/> 비만세포 트립타제 상승 - 비만세포 트립타제 수치 []	

* 4. 코로나19 예방접종 후 첫 증상 발현 시간을 기록해주세요. 2022-09-01 02 시 03 분 경과시간 491일 23:59

5. 코로나19 예방접종 후 발생한 증상에 대해 처치한 내용을 모두 체크하여 주세요.

☐ 에피네프린 주사 ☐ 항히스타민제 투여 ☐ 부신피질스테로이드 투여 ☒ 산소투여
☐ 기타(구체적으로 기술) []

3) 아나필락시스 기초보고서 정보 상세보기 - ②

6-1. 증상발생 시 관측점후 체크 시간을 적어주세요.

2022-09-01 03 시 04 분

6-2. 증상발생시 활력징후를 적어주세요.

혈압 (11 / 22 mmHg) 맥박 (33 회/분) 체온 (35 °C) 호흡수 (44 회/분)

7. 증상에 대한 처치 후 병원을 방문했나요?

☐ 예 ☒ 아니요

예인 경우 (☐ 응급실 ☐ 입원 ☐ 중환자실 ☐ 외래)

☐ 기타

증상 첨부

첨부1

첨부2

첨부3

첨부파일

첨부파일

첨부파일

발생인지 기관 작성자

8. 현재(조사당시) 상태는 어떤가요?

☐ 자연회복 ☐ 치료 후 당일 회복 ☐ 치료 후 외래 진료 ☒ 입원/입원기간 연장 ☐ 사망

☐ 기타

9. 과거에 알레르기 반응 경험에 있으셨나요?

☐ 예 ☒ 아니요

예인 경우 (☐ 경증 ☐ 중등증 ☐ 중증)

- 원인

- 시기

10. 과거에 예방접종 후 알레르기 증상을 보인 적이 있습니까 ?

☐ 예 ☒ 아니요

예인 경우 (예방접종명 :)

11. 음식물(계란 포함) 또는 약물 알레르기가 있습니까?

☐ 예 ☒ 아니요

예인 경우 (☐ 음식 ☐ 약물(예방접종은 10번에서 응답))

☐ 기타

12. 현재 알레르기 또는 천식 약물 등을 사용하고 계십니까?

☐ 예 ☒ 아니요

예인 경우 (☐ 알레르기 약물(류코트리엔길합제) ☐ 항히스타민제 ☐ 점안약 ☐ 비강스프레이 ☐ 천식흡입기)

☐ 기타

2022-09-25

조사자

소속

전화번호

13. 아나필락시스 관정

☐ 1단계 ☐ 2단계 ☐ 3단계 ☐ 불인정 (☐ 4단계 ☐ 5단계)

위 사항 이외에 특이사항을 기록하여 주세요.

※ 작성방법

접종구역 또는 접종 후 구역에서 접종 후 대상자가 아나필락시스가 발생한 경우,
 1. 1~7문항은 아나필락시스가 발생한 기관의 주치의가 작성하여 의료기관 주소지 관할 보건소에 제출하여 주시고,
 2. 8~12문항은 관할 보건소 담당자가 추가로 작성하여 주시기 바랍니다.
 3. 13번 문항은 관할 시도 담당자가 추가로 작성하여 주시기 바랍니다.

2

저장

닫기

• 진행 절차

- 1) 아나필락시스 기초보고서 상세화면입니다. 이상반응환자 인적정보, 접종기관 정보, 예방접종 일시, 이상반응 등록 접종 내역, 발생인지기관, 증상첨부 등의 항목을 기입 및 수정합니다.
- 2) 증상 및 징후 수정 버튼을 클릭하여 팝업을 출력합니다.
- 3) 입력된 사항을 확인하고 저장 버튼을 클릭합니다.

4) 혈소판감소성 혈전증 기초보고서 정보 상세보기 - ①

예방접종 후 혈소판감소성 혈전증 기초보고서

1

접수번호

TTS_

전산등록기관

전산등록일자

인적정보

성명(이상반응자)

주민등록번호

연령(만)

보조자성명(만19세이하)

보조자주민등록번호

예방접종정보

예방접종일시

2021-04-01 00 시 00 분

접종백신

화이자

접종차수

1차

발생인지기관정보

발생인지기관

검색

기관전화번호

담당의사 성명

담당의사 이메일(결과회신)

직접입력

혈소판감소성 혈전증 증상정보

1. 다음 중 코로나19 예방접종 후 발생한 증상과 징후를 발현시간 모두 표시하여 주세요.

지속적이고 심한 두통

발작 (Seizure)

호흡 곤란

출혈성 반점

복통

출혈

사지 부종 및 발적

상지

하지

오른쪽

왼쪽

국소 신경학적 증상(마비 또는 감각이상)

상지

하지

오른쪽

왼쪽

기타(직접기술)

2. 위에 체크한 증상의 최초 발현 시간을 기록해 주세요. [증상 체크시 자동입력 됩니다.]

3. 현재까지 실시한 검사를 모두 체크해 주세요.

영상의학 검사(CT/MRI/초음파)

CBC

D-dimer

3-1. 영상의학검사 실시에 체크인 경우 부위, 검사법, 검사일자, 결과(혈전관련 결과)를 기록하여 주세요

①-1 검사일

두부CT

enhancement

arteriogram

venogram

CT결과

혈전(경색)/출혈 있음

혈전(경색)/출혈 없음

파일첨부

첨부파일

①-2 검사일

두부MRI

enhancement

arteriogram

venogram

CT결과

혈전(경색)/출혈 있음

혈전(경색)/출혈 없음

파일첨부

첨부파일

①-3 검사일

복부CT

enhancement

arteriogram

venogram

5) 혈소판감소성 혈전증 기초보고서 정보 상세보기 - ②

CT결과	<input type="radio"/> 혈전(경색)/출혈 있음 - <input type="text"/> <input type="radio"/> 혈전(경색)/출혈 없음	
파일첨부	<input type="text"/> <input type="button" value="첨부파일"/>	
기타	<input type="text"/>	
3-2. CBC(전혈구계산)에서 혈소판 수치(최저치)	검사일 <input type="text"/>	결과 <input type="text"/> /해당기관 측정단위 <input type="text"/> 선택 <input type="button" value="중 정상치상한"/>
3-3. D-dimer 수치	검사일 <input type="text"/>	결과 <input type="text"/> /해당기관 측정단위 <input type="text"/> 선택 <input type="button" value="중 정상치상한"/>
3-4. 혈액도말검사 결과		
<input type="text"/>		
*혈액도말검사를 하는 이유는 혈소판응집 등 혈소판감소증 위양성을 배제하고, schistocyte 등 소견을 확인하여 다른 혈소판 감소증의 원인을 배제하고자 함		
4. 헤파린 사용여부	<input type="radio"/> 예 <input checked="" type="radio"/> 아니오	<input type="text"/> ~ <input type="text"/>
5. PF4 ELISA 항체 검사 의뢰한 경우	<input type="radio"/> 예 <input checked="" type="radio"/> 아니오	채취일: <input type="text"/>
5-1. PF4 ELISA 검사	<input type="radio"/> 예 <input checked="" type="radio"/> 아니오	결과 <input type="radio"/> 양성 <input type="radio"/> 음성 결과값 <input type="text"/>
5-2. PF4 CLIA 검사 (Acustar IgG)	<input type="radio"/> 예 <input checked="" type="radio"/> 아니오	결과 <input type="text"/>
5-3. 기타 배제 검사	<input type="text"/>	
6. 비고	<input type="text"/>	
검체 인수인계 <input type="text"/>		
<input type="button" value="2"/> <input type="button" value="저장"/> <input type="button" value="닫기"/>		

• 진행 절차

- 1) 혈소판감소성 혈전증 신고내역 상세화면 입니다. 각 항목을 확인하고 수정합니다.
- 2) 입력된 사항을 확인하고 저장 버튼을 클릭합니다.

※ 4, 5, 5-1, 5-2의 결과는 PF4 ELISA 검사를 의뢰한 기관에 반드시 확인이 필요합니다.

진단명

기타(급성 심혈관관계 손상)-심근염

전산등록기관

전산등록일자

2021-12-29

1

인적정보

성명(이상반응자)

주민등록번호

연령(만)

보호자성명(만19세이하)

보호자 주민등록번호

예방접종정보

예방접종일시

2021-10-05 02 시 03 분

접종백신

아스트라제네카

접종차수

1차

발생인지기관정보

발생인지기관*

검색

기관전화번호

담당의사 성명

담당의사 이메일(결과회신)

선택

직접입력

심근염/심낭염 증상정보

1. 다음 중 코로나19 예방접종 후 발생한 증상과 증후를 모두 표시하고 발생 시간을 기록하여 주세요.

증상 또는 증후 그 외 증상*

☒ 흉통 또는 흉부압박
☒ 심계항진
☒ 호흡곤란
☒ 발한(diaphoresis)
☒ 돌연사(sudden death)

발생일자*

2021-12-01

☒ 피로
☒ 쇠약
☒ 의식변화
☒ 복통
☒ 어깨/상부 등 통증
☒ 어지러움/실신
☒ 간헐적 미열
☒ 무통

2022-08-10

☒ 오심/구토/설사
☒ 기침
☒ 청색증

2. 현재까지 실시한 검사를 모두 표시하고 검사 일자과 결과 수치를 기록하여 주세요.

구분

종류

수치 및 검사일

구분

종류

수치 및 검사일

심근표지자

☒ Troponin T
☒ Troponin I
☒ CK-MB

수치 및 검사일

염증표지자

☒ CRP
☒ ESR

수치 및 검사일

3. EKG 검사 일자와 소견을 모두 표시해 주세요.

검사일

2022-08-30

첨부파일

☒ ST-segment 또는 T-wave abnormalities (elevation 또는 inversion)
☒ Paroxysmal 또는 sustained atrial 또는 ventricular arrhythmias
☒ AV nodal conduction delays 또는 intraventricular conduction defects
☒ Continuous ambulat 또는 electrocardiographic monitoring that detects
☒ 그 외 소견 aaa

4. 심초음파 검사 시행한 경우 일자과 소견을 모두 표시해 주세요.

검사일

2022-08-28

첨부파일

☒ New focal 또는 diffuse left 또는 right ventricular function abnormalities (eg. decreased ejection fraction)
☒ Segmental wall motion abnormalities
☒ Global systolic 또는 diastolic function depression/abnormality
☒ Ventricular dilation
☒ Wall thickness change
☒ Intracavitary thrombi
☒ 그 외 소견 bbb

7) 심근염/심낭염 기초보고서 정보 상세보기 - ②

• 진행 절차

- 1) 심근염/심낭염 기초보고서 정보 상세화면 입니다. 각 항목을 체크 합니다.
- 2) 심근표지자 및 염증표지자에 해당하는 종류를 체크하고 각 항목의 수치 및 검사일 버튼을 클릭하여 입력합니다.
- 3) 입력된 사항을 확인하고 저장 버튼을 클릭합니다.

8) 심근표지자 수치 및 검사일 입력 화면

심근표지자 수치 및 검사일
1
✕

구분	수치	검사일	참고치(단위)
Troponin T	<input style="width: 80%;" type="text"/>	2023-01-01	<input style="width: 80%;" type="text"/>
	<input style="width: 80%;" type="text"/>	2023-01-02	
	<input style="width: 80%;" type="text"/>	2023-01-03	
	<input style="width: 80%;" type="text"/>	<input style="width: 80%;" type="text"/>	
Troponin I	<input style="width: 80%;" type="text"/>	<input style="width: 80%;" type="text"/>	<input style="width: 80%;" type="text"/>
	<input style="width: 80%;" type="text"/>	<input style="width: 80%;" type="text"/>	
	<input style="width: 80%;" type="text"/>	<input style="width: 80%;" type="text"/>	
	<input style="width: 80%;" type="text"/>	<input style="width: 80%;" type="text"/>	
CK-MB	<input style="width: 80%;" type="text"/>	<input style="width: 80%;" type="text"/>	<input style="width: 80%;" type="text"/>
	<input style="width: 80%;" type="text"/>	<input style="width: 80%;" type="text"/>	
	<input style="width: 80%;" type="text"/>	<input style="width: 80%;" type="text"/>	
	<input style="width: 80%;" type="text"/>	<input style="width: 80%;" type="text"/>	

2

입력

• 진행 절차

- 1) 심근염/심낭염 기초보고서 중 수치 및 검사일 팝업화면입니다. 각 항목의 값을 입력합니다.
- 2) 입력된 사항을 확인하고 입력 버튼을 클릭합니다.

9) 급성파종성뇌척수염 기초보고서 정보 상세보기 - ①

급성파종성뇌척수염 증상 및 징후

1

진단명

기타(척수염)-급성파종성뇌척수염

전산등록기관

전산등록일자

인적정보

성명(이상반응자)

주민등록번호

예방접종정보

예방접종일시

2021-03-18 02 시 05 분

접종백신

화이자

접종차수

1차

발생인지기관정보

발생인지기관

기관전화번호

담당의사 성명

이상반응 정보

신경학적 증상 발생일
(뇌증이나 중추신경계 이상이 처음 발생한 날)

2022-09-23

입원여부

예 (입원일 : 2022-12-01)

입원 시 진단명

6

퇴원 시 진단명

6

탈수초 질환 정보
(모두 선택)

☐ 염증성 탈수초가 원인으로 추정된다.
☐ 처음 발생이다(선형 예방접종의 유무와 관계 없이).
☒ 지금까지 다음과 같은 중추신경계 탈수초 질환의 과거력이 있다.

	진단일	진단일
<input type="checkbox"/> 급성파종성뇌척수염(ADEM)		<input type="checkbox"/> 횡단척수염
<input type="checkbox"/> 시신경염		<input type="checkbox"/> 시신경척수염
<input type="checkbox"/> clinically isolated syndrome (임상적으로 다발성경화증 초기단계)		<input checked="" type="checkbox"/> 다발성경화증
<input type="checkbox"/> 기타 ()		

☐ 임상적으로 다병소성(multifocal) 중추신경계 장애이다.
☐ 발열에 의해 설명 할 수 없는 뇌증이다(의식변화나 행동변화).

2. 의식수준
Level of consciousness(LOC)

뇌증(Encephalopathy)

24시간 이상 의식수준 감소

예 아니오 모름

24시간 이상 성격 변화

예 아니오 모름

Glasgow Coma Score(급성기 중에 사정이 가능한 경우 점수로 표기)

E(눈반응, 1~4):

V(언어반응, 1~5):

M(움직임반응, 1~6):

동반된 뇌증에 대한 답변을 선택

- 큰 소음이나 통증 자극에 대한 반응 감소 또는 소실 : 예 아니오 모름 검사미실시

- 다른 외부 자극에 대한 반응이 일관되지 않거나 소실 : 예 아니오 모름 검사미실시

- 눈마춤의 감소 또는 소실 : 예 아니오 모름 검사미실시

- 각성수준의 감소 : 예 아니오 모름 검사미실시

- 경련과 관련된 의식수준 : 예 아니오 모름 검사미실시

코로나19
예방접종관리시스템
이상반응관리
사용자 매뉴얼

16

10) 급성파종성뇌척수염 기초보고서 정보 상세보기 - ②

<p>3. 국한성 또는 다병소성 중추신경계 이상 (Focal or Multifocal CNS Abnormalities)</p>	<p>중추 신경계에 기인 할 수 있는 국한성 또는 다발성 결과에 대해 해당 항목을 모두 선택</p> <p>다음 중 하나의 증상이 처음 발생한 날 (2022-12-01)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 뇌종 (예 : 의식 수준의 저하 또는 변화, 혼수 또는 성격 변화가 24 시간 이상 지속)</p> <p><input type="checkbox"/> 국한성 피질 증후 (설어증, 난독증, 난서증 등을 포함하되 이에 국한되지 않는다)</p> <p><input type="checkbox"/> 신경의 하나 이상의 이상</p> <p><input type="checkbox"/> 시각 하나 이상의 결손 (소아라면 타각적인인 안과 적 검사의 대체도 가능하다)</p> <p><input type="checkbox"/> 원시 반사 (바빈스키 증후, 미간 반사, 구강반사 또는 흡입 반사)의 존재</p> <p><input type="checkbox"/> 운동 마비 (광범성 또는 국한성, 국한성인 경우가 많다)</p> <p><input type="checkbox"/> 감각 이상 (감각 수준은 있을 수도, 없을 수도있다)</p> <p><input type="checkbox"/> 심부 건반사의 변화 (반사 감소 미만 또는 항진 반사의 비대칭 성)</p> <p><input type="checkbox"/> 소뇌의 기능 장애 (운동 실조증, 축성 장애, 소뇌 성 안진 등)</p> <p><input type="checkbox"/> 기타 ()</p>
<p>4. 검사기준 Laboratory Criteria</p>	<p>뇌조직병리(뇌조직 검사를 시행하고 결과를 확인할 수 있는 경우만 해당)</p> <p><input type="radio"/> 실시 (검사일:) <input type="radio"/> 미실시 <input checked="" type="radio"/> 실시여부 모름</p> <p>뇌조직병리 검사를 실시한 경우 결과 이상 여부</p> <p><input type="radio"/> 예 (내용:) <input type="radio"/> 아니오</p> <p>뇌 MRI (탈수초 관련)</p> <p><input type="radio"/> 실시 (검사일:) <input type="radio"/> 미실시 <input checked="" type="radio"/> 실시여부 모름</p> <p>- <input type="radio"/> 1. 정상소견</p> <p>- <input type="radio"/> 2. Typical findings of ADEM : Diffuse or multifocal white matter lesions / demyelination on T2-weighted, diffusion-weighted (DWI) or fluid-attenuated inversion recovery (FLAIR) sequences.(± gadolinium enhancement on T1 sequences)</p> <p>- <input type="radio"/> 3.Inconsistent with diagnosis of ADEM</p> <p>- <input type="radio"/> 4. 기타()</p> <p><input type="button" value="첨부파일"/></p> <p>뇌척수액 검사</p> <p><input type="radio"/> 실시 (검사일:) <input checked="" type="radio"/> 미실시 <input type="radio"/> 실시여부 모름</p> <p>뇌척수액 검사를 실시한 경우 결과</p> <p>- 세포수 ()/μL, WBC (), RBC(), glucose ()mg/dL, Protein ()mg/dL</p> <p>- oligoclonal band : <input type="radio"/> 있음 <input type="radio"/> 없음</p> <p>- IgG 상승 : <input type="radio"/> 있음 <input type="radio"/> 없음</p> <p>- 기타 ()</p>
<p>5.일과성과 배제기준 Temporal and Other Exclusionary Criteria</p>	<p>증상이 가장 악화된 날짜 2022-12-03 증상이 가장 악화된 날로 추정되는 날짜 2022-12-09</p> <p>추정 근거 (예, 중환자실 입실일 등)</p> <p>1회 이상 추적평가 <input checked="" type="radio"/> 예 (마지막 평가일 : 2022-12-03) <input type="radio"/> 아니오 <input type="radio"/> 모름</p> <p>증상이 가장 악화된 날로부터 가장 최근 추적 평가일까지의 간격</p> <p><input type="radio"/> < 3개월 <input type="radio"/> ≥ 3개월 <input checked="" type="radio"/> 모름</p> <p>과거에 증상이 가장 악화되었던 시기의 3개월 이후 재발 여부</p> <p><input checked="" type="radio"/> 예 (재발일 : 2022-12-16) <input type="radio"/> 아니오 <input type="radio"/> 모름</p>

11) 급성파종성뇌척수염 기초보고서 정보 상세보기 - ③

6. 감별진단 Alternate diagnosis for illness	감별진단 여부	<input checked="" type="radio"/> 예 () <input type="radio"/> 아니오 <input type="radio"/> 모름		
	급성 중추신경계 감염성 질환 진행의 근거가 있는지 여부			
		<input checked="" type="radio"/> 예 (근거 있) <input type="radio"/> 아니오 <input type="radio"/> 모름		
7. 자가항체검사	실시 (검사일: 2022-12-01)	<input checked="" type="radio"/> 실시 <input type="radio"/> 미실시 <input type="radio"/> 실시여부 모름		
	항 GD1b 항체	<input type="radio"/> 양성 <input checked="" type="radio"/> 음성 <input type="radio"/> 모름	항 Aquaporin-4(AQP-4) 항체	<input checked="" type="radio"/> 양성 <input type="radio"/> 음성 <input type="radio"/> 모름
	항 Myelin oligodendrocyte glycoprotein(MOG) 항체	<input checked="" type="radio"/> 양성 <input type="radio"/> 음성 <input type="radio"/> 모름	항 Autoimmune encephalitis 항체	<input type="radio"/> 양성 <input checked="" type="radio"/> 음성 <input type="radio"/> 모름
	항 Paraneoplastic antibody 항체	<input type="radio"/> 양성 <input type="radio"/> 음성 <input checked="" type="radio"/> 모름	기타 항체()	<input type="radio"/> 양성 <input type="radio"/> 음성 <input checked="" type="radio"/> 모름 *신생물발암 항체 또는 결합조직 질환 항체 등, 구체적으로 기술
2		<input checked="" type="checkbox"/> 저장	<input type="checkbox"/> 닫기	

• 진행 절차

- 1) 급성파종성뇌척수염 기초보고서 상세 화면입니다. 각 항목 사항을 입력 및 수정합니다.
- 2) 입력된 사항을 확인하고 저장 버튼을 클릭합니다.

코로나19
예방접종관리시스템
이상반응관리
사용자 매뉴얼

13) 면역 혈소판 감소증 기초보고서 정보 상세보기 - ②

5. 면역 혈소판 감소증 치료 여부 및 세부내용을 기술하여 주세요

입원 여부	치료 여부	치료의 종류		치료 기간
<input type="radio"/> 입원	<input type="radio"/> 실시	<input type="radio"/> 면역글로불린	<input type="radio"/> 기타	<input type="text"/> ~ <input type="text"/>
<input checked="" type="radio"/> 입원안함	<input checked="" type="radio"/> 미실시	<input type="radio"/> 스테로이드	<input type="text"/>	

2

• 진행 절차

- 1) 면역 혈소판 감소증 기초보고서 상세 화면입니다. 각 항목 사항을 입력 및 수정합니다.
- 2) 각 항목의 저장을 위해 저장버튼을 클릭합니다.

11) 척수염 기초보고서 정보 상세보기 - ①

척수염 기초보고서

1

전단명

기타(척수염)-그 외 척수염

전산등록기관

강릉아산병원

전산등록일자

인적정보

성명(이상반응자)

주민등록번호

연령(만)

년

월

보호자성명(만19세이하)

보호자

주민등록번호

예방접종정보

예방접종일시

2021-03-17

03

시

09

분

접종백신

화이자

접종차수

1차

발생인지기관정보

발생인지기관*

검색

기관전화번호

-

-

담당의사 성명

담당의사 이메일(결과회신)*

@

직접입력

이상반응 정보

1. 다음 중 코로나19 예방접종 후 발생한 증상과 징후를 모두 표시하고 발생 시간을 기록하여 주세요

구분	증상 또는 징후	발생 일자	그 외 증상 또는 징후	발생 일자
상부 운동 뉴런 손상을 동반한 사지 쇠약	<input checked="" type="checkbox"/> 근육 긴장도 증가	2022-09-01	낮은 운동 뉴런 손상에 대한 증거가 있는 사지 쇠약	<input checked="" type="checkbox"/> 감소된 근긴장도
	<input checked="" type="checkbox"/> 경직	2022-09-02		<input checked="" type="checkbox"/> 이완성 마비/쇠약
	<input checked="" type="checkbox"/> 근육 강직	2022-09-03		<input checked="" type="checkbox"/> 심부전 반사 감소 또는 결여
	<input checked="" type="checkbox"/> 과반사	2022-09-04		<input checked="" type="checkbox"/> 근육섬유다발수축
	<input checked="" type="checkbox"/> 기타 (11)	2022-09-05		<input checked="" type="checkbox"/> 근육 위축
자율신경계 기능장애	<input checked="" type="checkbox"/> 장 기능 장애	2022-09-06	감각수준	22
	<input checked="" type="checkbox"/> 방광 기능 장애	2022-09-07		2022-09-14
	<input type="checkbox"/> 발기 부전		체온	(35) °C

2. CSF 검사 시행 여부 및 일자와 결과를 기록하여 주세요. ☐ 시행 ☒ 미시행

CSF 매개변수	결과	CSF 매개변수	결과
개/폐압력(mmHg)		포도당(mg/dl)	
백혈구 수(세포/uL)		그람 염색	
백혈구 감별		신속 항원 검사	
적혈구 수(세포/uL)		배양	
단백질(mg/dl)		기타(설명)	

3. 척수 전산화단층촬영(CT) 시행 여부 및 일자와 소견을 기술해 주세요. ☐ 시행 ☒ 미시행

첨부파일

급성 염종의 증거 ()

정상은 아니지만 급성 염종의 증거 없음

정상소견

기타 소견 ()

코로나19
예방접종관리시스템
이상반응관리
사용자 매뉴얼

21

12) 척수염 기초보고서 정보 상세보기 - ②

4. 척수 자기공명영상(MRI) 시행 여부 및 일자와 소견을 모두 표시해 주세요.
☐ 시행 ()
☒ 미시행

☐ 급성 염종의 증거 ()

☐ 정상은 아니지만 급성 염종의 증거 없음

☐ 정상소견

☐ 기타 소견 ()

5. 척수 조직검사 시행 여부 및 일자와 소견을 기술해 주세요
☐ 시행 ()
☒ 미시행

소견 ()

6. 예방접종 전 기존 신경계 질환
☐ 유 (진단명:)
☒ 무

6-1. 금번 척수염 의심 이전 기존의 상태 기술해 주세요.

보행	<input type="radio"/> 독립 <input type="radio"/> 보조 () <input type="radio"/> 불가능	경구 식사	<input type="radio"/> 독립 <input type="radio"/> 보조 () <input type="radio"/> 불가능
기타	<input type="text"/>		

2

• 진행 절차

- 1) 척수염 기초보고서 상세 화면입니다. 각 항목을 입력 및 수정합니다.
- 2) 각 항목의 저장을 위해 저장버튼을 클릭합니다.

12) 길랭-바레증후군 기초보고서 정보 상세보기 - ①

예방법접종 후 길랭-바레증후군 진단

진단명

길랭-바레증후군

전산등록기관

전산등록일자

2022-10-11

1

인적정보

성명(이상반응자)

주민등록번호

예방접종정보

예방접종일시

2021-04-01

00

시

00

분

접종백신

화이자

접종차수

1차

발생인지기관정보

발생인지기관

검색

기관전화번호

담당의사 성명

다음 중 해당 사항을 모두 표시하고 기록하여 주세요

1. 근력저하의 양상 및 정도

Flaccid (reduced tone) weakness (graded power of 4 or less)

■ 양측성이고 비교적 대칭적인 이완성 상하지 위약감/마비 : ☐ 있음 ☒ 없음

■ 뇌신경 마비 및 기타 증상(밀러-피셔증후군 관련) : ☐ 있음 ☒ 없음

■ 안구운동마비 ☐ 있음 ☒ 없음 ■ 실조증/보행장애 ☐ 있음 ☒ 없음

■ 의식저하 ☐ 있음 ☒ 없음 ■ 기타 증상 ☐ 있음 ☒ 없음

■ 증상이 있는 상하지의 심부 건반사 저하 또는 소실 : ☐ 있음 ☒ 없음

■ 가장 악화된 장애(nadir of disability)의 Hughes 기능 척도 분류 (해당 사항을 하나 선택)

☐ 0: 정상

☐ 1: 경미한 신경 증상이 있으며 달리기 가능

☐ 2: 보행기 또는 그에 상응하는 지지 없이 5m의 보행이 가능

☐ 3: 보행기 또는 지지대가 있으면 5m의 보행이 가능

☐ 4: 침대에서 또는 휠체어에 한정 (지지자가 있어도 5m의 보행이 불가능)

☐ 5: 보조 환기가 필요

☐ 6: 사망

2. 임상증상의 변화 양상

Monophasic temporal illness pattern

■ 단상의 질병양상을 가지고 있으며, 위약감의 발생에서 최악의 상태까지의 간격이 12시간에서 28일 사이이고, 그 후에 임상적 안정기 : ☐ 있음 ☒ 없음

■ 위약감 발생일 :

■ 위약감이 가장 악화된(nadir) 일자 :

■ 마지막 관찰일 :

■ 마지막 관찰 시점에서의 임상상태를 모두 선택

☐ 기존의 상태로 완전히 회복

☐ 부분적으로 회복되었으나 약간의 위약감과 장애 지속

☐ 가장 악화된 상태에서 위약감의 호전이 없음

☐ 사망

☐ 기타()

■ 치료와 관련된 위약감의 변동이 있었는 지 여부

☐ 예 (치료내용 세부:) ☒ 아니오 ☐ 기록없음

3. 감별진단

Alternative cause for weakness found

별표에 기재되어 있는 목록에 대한 가능한 모두 확인 후 감별진단 여부 확인

■ 위약감과 관련된 감별 진단 여부 : ☐ 있음 ☒ 없음

→ 있는 경우 상세내용 기재

별표

2

코로나19
예방접종관리시스템
이상반응관리
사용자 매뉴얼

23

17) 길랭-바레증후군 기초보고서 정보 상세보기 - ②

4. 전기 생리학적 검사 Electro-physiologic findings	<input type="radio"/> 실시(마지막검사일: <input type="text"/>) <input checked="" type="radio"/> 미실시 <input type="radio"/> 실시여부 모름 또는 결과미확인								
	■ 검사를 실시한 경우 검사결과와 가장 일치하는 소견을 모두 선택 <input type="checkbox"/> 급성 염증성 탈수초 다발성 신경병증(AIDP) <input type="checkbox"/> 급성 운동축삭 신경병증(AMAN) <input type="checkbox"/> 급성 운동, 감각축삭 신경병증(AMSAN) <input type="checkbox"/> 급성감각실조신경병증(ASAN) <input type="checkbox"/> 분류불가 <input type="checkbox"/> 정상결과 <input type="checkbox"/> 기타(<input type="text"/>)								
5. 뇌척수액 검사 Lumbar puncture(LP) and CSF exam	<input type="radio"/> 실시(검사일: <input type="text"/>) <input checked="" type="radio"/> 미실시 <input type="radio"/> 실시여부 모름								
	■ 검사를 실시한 경우 검사결과 - 단백질 (<input type="text"/> mg/L) : <input type="radio"/> 정상 <input type="radio"/> 상승 <input type="radio"/> 모름 - 백혈구수 (<input type="text"/> /μL) : <input type="radio"/> <50/μL <input type="radio"/> ≥50/μL <input type="radio"/> 모름 - 적혈구수 (<input type="text"/> /μL) , Glucose(<input type="text"/> mg/dL)								
6. 영상 검사 (MRI) ²	<input type="radio"/> 실시(검사일: <input type="text"/>) <input checked="" type="radio"/> 미실시 <input type="radio"/> 실시여부 모름								
	■ 실시인 경우 해당 항목을 모두 선택 <input type="checkbox"/> 척수회백질 병변 <input type="checkbox"/> 말초(Cauda equina)의 조영 병변 <input type="checkbox"/> 기타(부위: <input type="text"/> , 소견: <input type="text"/>) <input type="button" value="첨부파일"/>								
7. 자가 항체 검사 ²	<input type="radio"/> 실시(검사일: <input type="text"/>) <input checked="" type="radio"/> 미실시 <input type="radio"/> 실시여부 모름								
	항 GM1 항체 : <input type="radio"/> 양성 <input type="radio"/> 음성 <input type="radio"/> 모름 항 GQ1b 항체 : <input type="radio"/> 양성 <input type="radio"/> 음성 <input type="radio"/> 모름 항 GD1b 항체 : <input type="radio"/> 양성 <input type="radio"/> 음성 <input type="radio"/> 모름								
8. 과거병력 ^a	■ 길랭-바레증후군 진단 과거력 : <input checked="" type="radio"/> 있음(진단일: 2022-12-01 <input type="text"/>) <input type="radio"/> 없음 <input type="radio"/> 모름								
	■ 길랭-바레증후군 증상발생 6주 이내 감염증상 여부 <input type="checkbox"/> 발열(≥38℃) <input type="checkbox"/> 설사 <input type="checkbox"/> 오심/구토 <input type="checkbox"/> 상기도감염 증상(인후통, 콧물, 흘혈) <input type="checkbox"/> 하기도감염 증상(기침, 짧은호흡, 뉘뉘거리는 숨소리) <input type="checkbox"/> 기타(<input type="text"/>)								
	■ 기타 의학적 상태 : <input type="radio"/> 있음(<input type="text"/>) <input checked="" type="radio"/> 없음 <input type="radio"/> 모름								
	■ 감염병 과거력 : <input checked="" type="radio"/> 있음 <input type="radio"/> 없음 <input type="radio"/> 모름								
	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 인플루엔자 A (진단일: <input type="text"/>)</td> <td><input type="checkbox"/> 캄필로박터 (진단일: <input type="text"/>)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 인플루엔자 B (진단일: <input type="text"/>)</td> <td><input type="checkbox"/> CMV (진단일: <input type="text"/>)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 인플루엔자 기타 (진단일: <input type="text"/>)</td> <td><input type="checkbox"/> EBV (진단일: <input type="text"/>)</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> 기타 (<input type="text"/> , 진단일: 2022-12-02 <input type="text"/>)</td> <td><input type="checkbox"/> 엔테로바이러스 (진단일: <input type="text"/>)</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> 인플루엔자 A (진단일: <input type="text"/>)	<input type="checkbox"/> 캄필로박터 (진단일: <input type="text"/>)	<input type="checkbox"/> 인플루엔자 B (진단일: <input type="text"/>)	<input type="checkbox"/> CMV (진단일: <input type="text"/>)	<input type="checkbox"/> 인플루엔자 기타 (진단일: <input type="text"/>)	<input type="checkbox"/> EBV (진단일: <input type="text"/>)	<input checked="" type="checkbox"/> 기타 (<input type="text"/> , 진단일: 2022-12-02 <input type="text"/>)
<input type="checkbox"/> 인플루엔자 A (진단일: <input type="text"/>)	<input type="checkbox"/> 캄필로박터 (진단일: <input type="text"/>)								
<input type="checkbox"/> 인플루엔자 B (진단일: <input type="text"/>)	<input type="checkbox"/> CMV (진단일: <input type="text"/>)								
<input type="checkbox"/> 인플루엔자 기타 (진단일: <input type="text"/>)	<input type="checkbox"/> EBV (진단일: <input type="text"/>)								
<input checked="" type="checkbox"/> 기타 (<input type="text"/> , 진단일: 2022-12-02 <input type="text"/>)	<input type="checkbox"/> 엔테로바이러스 (진단일: <input type="text"/>)								

• 진행 절차

- 1) 길랭-바레증후군 기초보고서 상세 화면입니다. 각 항목 사항을 입력 및 수정합니다.
- 2) 별표 버튼을 클릭하여 '위약감과 관련된 감별진단'을 작성합니다.
- 3) 입력된 사항을 확인하고 저장 버튼을 클릭합니다.

18) 위약감과 관련된 감별진단

위약감과 관련된 감별진단(alternative diagnosis)
✕

질환부위	조사여부	질환명	조사결과
두 개내 Intracranial	<input type="checkbox"/>	뇌염, 급성파종성뇌척수염	<input type="radio"/> 예 <input type="radio"/> 아니오 <input type="radio"/> 모름
	<input type="checkbox"/>	암종수막염(carcinomatous meningitis)	<input type="radio"/> 예 <input type="radio"/> 아니오 <input type="radio"/> 모름
	<input type="checkbox"/>	뇌졸중 뇌졸중 또는 뇌염(Bickerstaff's)	<input type="radio"/> 예 <input type="radio"/> 아니오 <input type="radio"/> 모름
	<input type="checkbox"/>	베르니케 뇌병증(티아민 결핍)	<input type="radio"/> 예 <input type="radio"/> 아니오 <input type="radio"/> 모름
척수 Spinal Cord	<input type="checkbox"/>	경색증	<input type="radio"/> 예 <input type="radio"/> 아니오 <input type="radio"/> 모름
	<input type="checkbox"/>	척수염	<input type="radio"/> 예 <input type="radio"/> 아니오 <input type="radio"/> 모름
	<input type="checkbox"/>	압박	<input type="radio"/> 예 <input type="radio"/> 아니오 <input type="radio"/> 모름
척수의 전각 세포 Anterior horn cells of spinal cord	<input type="checkbox"/>	바이러스 감염: 폴리오/백신유래폴리오, 웨스트나일, 지카	<input type="radio"/> 예 <input type="radio"/> 아니오 <input type="radio"/> 모름
	<input type="checkbox"/>	근위축측삭경화(Amtrophic lateral sclerosis)	<input type="radio"/> 예 <input type="radio"/> 아니오 <input type="radio"/> 모름
	<input type="checkbox"/>	진행척수근위축증(Progressive spinal muscular atrophy)	<input type="radio"/> 예 <input type="radio"/> 아니오 <input type="radio"/> 모름
척수 신경 뿌리 Spinal nerve roots	<input type="checkbox"/>	만성염증탈수초다발신경병증(CIDP)	<input type="radio"/> 예 <input type="radio"/> 아니오 <input type="radio"/> 모름
	<input type="checkbox"/>	말초 압박(cauda equina compression)	<input type="radio"/> 예 <input type="radio"/> 아니오 <input type="radio"/> 모름
말초 신경 Peripheral nerves	<input type="checkbox"/>	대사 장애(마그네슘, 인 등)	<input type="radio"/> 예 <input type="radio"/> 아니오 <input type="radio"/> 모름
	<input type="checkbox"/>	진드기 마비증(Tick paralysis)	<input type="radio"/> 예 <input type="radio"/> 아니오 <input type="radio"/> 모름
	<input type="checkbox"/>	중금속 독성(비소, 금, 탈륨)	<input type="radio"/> 예 <input type="radio"/> 아니오 <input type="radio"/> 모름
	<input type="checkbox"/>	약물 유발성 신경병증(vincristine, platinum, nitrofurantoin, paclitaxel)	<input type="radio"/> 예 <input type="radio"/> 아니오 <input type="radio"/> 모름
	<input type="checkbox"/>	포르피린증(Porphyrin)	<input type="radio"/> 예 <input type="radio"/> 아니오 <input type="radio"/> 모름
	<input type="checkbox"/>	중환자신경병(Critical illness neuropathy)	<input type="radio"/> 예 <input type="radio"/> 아니오 <input type="radio"/> 모름
	<input type="checkbox"/>	혈관염	<input type="radio"/> 예 <input type="radio"/> 아니오 <input type="radio"/> 모름
	<input type="checkbox"/>	디프테리아, 라임병	<input type="radio"/> 예 <input type="radio"/> 아니오 <input type="radio"/> 모름
	<input type="checkbox"/>	티아민 결핍	<input type="radio"/> 예 <input type="radio"/> 아니오 <input type="radio"/> 모름
신경근 접합부 Neuromuscular junction	<input type="checkbox"/>	중증근무력증	<input type="radio"/> 예 <input type="radio"/> 아니오 <input type="radio"/> 모름
	<input type="checkbox"/>	유기인산염중독	<input type="radio"/> 예 <input type="radio"/> 아니오 <input type="radio"/> 모름
	<input type="checkbox"/>	보툴리눔독소증	<input type="radio"/> 예 <input type="radio"/> 아니오 <input type="radio"/> 모름
근육 Muscle	<input type="checkbox"/>	중환자근병증(Critical Illness Myopathy)	<input type="radio"/> 예 <input type="radio"/> 아니오 <input type="radio"/> 모름
	<input type="checkbox"/>	다발근염(polymyositis)	<input type="radio"/> 예 <input type="radio"/> 아니오 <input type="radio"/> 모름
	<input type="checkbox"/>	피부근염	<input type="radio"/> 예 <input type="radio"/> 아니오 <input type="radio"/> 모름
	<input type="checkbox"/>	저/고칼륨혈증	<input type="radio"/> 예 <input type="radio"/> 아니오 <input type="radio"/> 모름
	<input type="checkbox"/>	횡문근융해증(Rhabdomyolysis)	<input type="radio"/> 예 <input type="radio"/> 아니오 <input type="radio"/> 모름
	<input type="checkbox"/>	미토콘드리아병(Mitochondrial disease)	<input type="radio"/> 예 <input type="radio"/> 아니오 <input type="radio"/> 모름

2

입력
닫기

• 진행 절차

- 1) 감별진단 항목에서 별표 팝업인 위약감과 관련된 감별진단 화면입니다. 각 항목 사항을 확인 및 수정합니다.
- 2) 각 사항을 확인하고 입력 버튼을 클릭합니다.

20) 임신부 기초보고서 정보 상세보기 - ②

임신 중 다른 백신 접종	<input type="radio"/> 예(백신종류: <input type="text"/>) <input checked="" type="radio"/> 아니오
임신 중 면역 조절제를 포함한 병용 약물 투여 (영양제, 기타보조제 포함)	<input type="radio"/> 예(약물 종류 구체적 기재) <input type="text"/> <input checked="" type="radio"/> 아니오
임신 기간중 산모의 감염성 질환 유무	<input type="radio"/> 예(질환명 <input type="text"/>) <input checked="" type="radio"/> 아니오 * HIV, B형 간염, C형 간염, 결핵, 말라리아, 성병, 산모 B군 연쇄상구균 감염, 기타 만성 감염 등
예방접종 1개월 전후 혈액제제 사용여부	<input type="radio"/> 예(약제명 <input type="text"/>) <input checked="" type="radio"/> 아니오
Rh isoimmunization (산모 Rh(-)형인 경우 투여)	<input type="radio"/> 예 <input checked="" type="radio"/> 아니오 <input type="radio"/> 불명
이상반응을 유발할 비의학적 요인 (예: 외상, 직업 또는 환경 요인)	<input type="radio"/> 예(구체적으로 <input type="text"/>) <input checked="" type="radio"/> 아니오

4. 임상검사서에서 확인해야할 소견

활력 징후 - 기본검사 - 주사부위의 부종, 경화, 변동, 괴사, 국소적 림프절병증 확인 등	<input type="text"/>
산과 검사 - 도플러 또는 초음파 태아 심장 박동	<input type="text"/>
- 태아크기	<input type="radio"/> AGA <input type="radio"/> SGA <input type="radio"/> LGA
내과적 질환 <input type="radio"/> 예(구체적으로 <input type="text"/>) <input checked="" type="radio"/> 아니오	

5. 기타

이상반응의 가능한 원인을 식별하기 위해 수행해야 하는 추가 실험실 검사 기술

- 기본 혈액학, 말초 도말, 화학(간 및 신장 기능), 소변
- 특정 병원체에 대한 혈청학
- 기타 면역학적 검사(백신에 대한 항체 반응, 세포 면역, 사이토카인, 염증 표지자 등)
- 사용 가능한 경우 적절한 염색, 배양, 분자 기술 또는 혈청학을 통해 관련 출처에서 바이러스 및 세균 병원체 식별
- 태반을 포함한 관련 조직의 조직병리학

2

• 진행 절차

- 1) 임신부 기초보고서 상세화면입니다. 각 항목들을 입력합니다.
※ 모든 '임신부 관련 이상반응' 선택 시 입력합니다.
- 2) 입력 후 내용을 저장합니다.

21) 임신부 신생아/영아 관련 기초보고서 정보 상세보기

임신부 예방접종 후 신생아/영아 관련 이상반응 기초보고서

민적정보
1

성명(이상반응자)
주민등록번호

예방접종정보

예방접종일시
2022-05-09
09
시
02
분
접종백신
화이자
접종차수
1차

발생인지기관정보

발생인지기관
검색
기관전화번호
-
-
담당의사 성명
담당의사 이메일(결과확인)
선택
직접입력

1. 신생아/영아에 대한 기초 정보

출생일
분만 방식
질식분만
제왕절개
출생 장소
의료기관
가정
기타
임신나이
주
일
출산 체중
(gram)
출생 두위
(cm)
아프가 점수
(1분) 점
(5분) 점
분만과 관련된 신생아 합병증

2. 신생아/영아에서 확인해야 할 임상 소견

출생 시 활력징후
혈압
/
mmHg, 맥박수
회/분, 호흡수
회/분, 체온
℃, 산소포화도
%
증상 및 신체진찰 이상
호흡곤란
처짐 또는 근긴장도저하
선천기형
기타
증상 및 신체진찰 이상에 따른 검사
(예: 점상출혈의 경우 혈소판수, 황달의 경우 빌리루빈치 등)

3. 이상반응의 가능한 원인을 감별하기 위해 수행해야 하는 추가 실험실 검사

(예)
- 일반혈액검사, 말초도말검사, 화학(간 및 신기능 등)검사, 소변검사 등
- 특정 병원체에 대한 혈청학 검사
- 백신에 대한 체액 및 세포 반응(항체, 사이토카인, 염증표지자 등)
- 염색, 배양, 분자생물학, 혈청학 검사를 통해 관련 조직에서 병원체(바이러스 및 세균) 식별
- 태반을 포함한 관련 조직의 조직병리학 검사

2
저장
닫기

• 진행 절차

1) 신생아/영아 관련 기초보고서 상세화면입니다. 각 항목들을 입력합니다.

※ ‘임신부 관련 이상반응’ 중 ‘자연유산, 사산, 조산, 신생아 또는 영아사망, 소두증, 선천적 기형’ 선택 시 추가로 입력합니다.

2) 입력 후 내용을 저장합니다.

신고

2 병의원 | 보건소 신고관리(조회)

(1) 병의원 | 보건소 신고 목록

질병보건통합관리시스템 > 코로나19예방접종관리 > 이상반응관리 > 병의원|보건소신고관리(조회)

The screenshot shows a web application for managing COVID-19 reports. At the top, there are search filters: '관할보건소' (Jurisdictional Health Center) set to '전체' (All), '조회기간' (Search Period) from '2023-01-04' to '2023-02-03', and '구분' (Category) set to '전체' (All). Below the filters, there are buttons for '조회' (Search), '도움말' (Help), and '인물류연자 신고 내역' (Personnel Report History). A table titled '이상반응 신고내역(더블클릭시 상세내역으로 이동합니다)' (Adverse Reaction Report History) is displayed. The table has columns for '관할시도' (Jurisdictional Province), '관할보건소' (Jurisdictional Health Center), '전산등록기관' (System Registration Institution), '대상자구분' (Target Category), '피접종자' (Vaccinee), '피접종자주민번호' (Vaccinee's Resident Number), '전산등록일' (System Registration Date), '확인여부' (Confirmation Status), and '전환여부' (Conversion Status). The table contains several rows of data, with the first row highlighted. A red dashed box highlights the search filters and the first row of the table. A red dashed box also highlights the first row of the table, which is the first row of the data table.

관할시도	관할보건소	전산등록기관	대상자구분	피접종자	피접종자주민번호	전산등록일	확인여부	전환여부
			18세이상 미접종자			2023-02-03	미확인	N
			고위험 의료기관 종사자			2023-02-02	미확인	N
			돌봄 종사자			2023-01-20	미확인	N
			기타(화이자_접종센터)			2023-01-18	보건소 확인	N
			통분 주사자			2023-01-18	미확인	N
						2023-01-18	미확인	N
						2023-01-18	미확인	N
						2023-01-18	보건소 확인	N
						2023-01-18	미확인	N

• 진행 절차

- 1) 조회 조건 입력 후 조회 버튼을 클릭하여 접종 내역을 조회합니다.
※ 전산등록일, 피접종자 성명, 피접종자 주민등록번호 등으로 조회할 수 있습니다.
- 2) 신고된 내역을 더블 클릭하여 상세내역을 확인할 수 있습니다.



3 ▶ 병원 | 보건소 이상반응 모니터링(조희)

(1) 병의원 | 보건소 이상반응 신고 목록

질병보건통합관리시스템 > 코로나19예방접종관리 > 이상반응관리 > 병의원/보건소이상반응모니터링(조회)

관찰보관소 전체 전체 조회기간 관찰등록일 구분 전체

1 🔍 조회 🔍 도출할

▶ 전체건수 총 22건 ▶ 인물명만자 신고 내역 ▶ 검중후 7일, 회복상태이입력 ▶ 보건소 이환인 ▶ 보건소 확인 ▶ 시도 확인 ▶ 치료 중 ▶ 퇴원 ▶ 상태 ▶ 역학다문로드

이상변은 신고내역(다음글에서 상세내역으로 이동합니다)

	전체시도	관찰보관소	전산등록기관	대상자구분	피검종자	피검종자구분번호	전산등록일	확언여부	진판여부	회복상태
<input type="checkbox"/>				고위험 집안시설 통사자 및 입소자				미확인	N	치료를중
<input type="checkbox"/>				코로나19 환자 진료 의료기관 통사자				질병관리청확인	N	회복
<input type="checkbox"/>				코로나19 환자 진료 의료기관 통사자				미확인	N	회복
<input type="checkbox"/>				일수목적 출국자				미확인	N	회복
<input type="checkbox"/>				국외 검종자				보건소 확인	N	치료를중
<input type="checkbox"/>				코로나19 환자 진료 의료기관 통사자				미확인	N	
<input type="checkbox"/>				코로나19 환자 진료 의료기관 통사자				미확인	Y	
<input type="checkbox"/>				코로나19 환자 진료 의료기관 통사자				미확인	N	
<input type="checkbox"/>				코로나19 환자 진료 의료기관 통사자				미확인	Y	
<input type="checkbox"/>								보건소 확인	N	
<input type="checkbox"/>				코로나19 환자 진료 의료기관 통사자				질병관리청확인	Y	

보기 1 ~ 20 / 23

• 진행 절차

※ 일부 접종자(코로나19치료병원/요양병원/고위험의료기관 등)에 한해서 접종일로부터 7일 이내에 이상반응을 신고한 경우 이상반응모니터링 대상자로 자동 분류되어 조회됩니다.

해당 대상자는 반드시 예방접종 7일 후 상태(회복/치료 중)를 입력해야 합니다.

1)조회 조건 입력 후 조회 버튼을 클릭하여 접종 내역을 조회합니다.

※ 전산등록일, 피접종자 성명, 피접종자 주민등록번호 등으로 조회할 수 있습니다.

2) 신고된 내역을 더블 클릭하여 상세내역을 확인할 수 있습니다.

신고

4 이상반응 기초 및 조사 보고서 신고내역(조회)

(1) 기초보고서 신고 내역

질병보건통합관리시스템 > 코로나19예방접종관리 > 이상반응관리 > 이상반응 기초 및 조사 보고서 신고내역(조회)

The screenshot displays the 'Report History' interface. At the top, there are filters for 'Report Type' (전체) and 'Status' (전체). A search bar is located on the right. Below the search bar, there are tabs for different report types: 'Report', 'Investigation Report', 'Investigation Report', 'Investigation Report', 'Investigation Report', 'Investigation Report', 'Investigation Report', 'Investigation Report', 'Investigation Report', 'Investigation Report'. A dropdown menu on the right side of the table allows selecting the report type. A modal window at the bottom right shows a list of report types with checkboxes for selection.

• 진행 절차

- 1) 목록 출력을 위한 각 신고내역 및 기초보고서 항목을 선택합니다.
- 2) 각 신고내역 및 기초보고서의 조회 조건을 입력한 후 조회 버튼을 클릭하여 해당 항목 목록을 출력합니다.
- 3) 출력된 내역 중 해당하는 내역을 더블 클릭 또는 하단의 조회 버튼을 클릭하여 상세화면을 호출합니다.
- 4) 각 신고내역 및 기초보고서 출력 내역 중 해당하는 내역을 선택하고 선택목록에서 권한별 저장 및 확인을 선택 후 전환 버튼을 클릭하여 진행상태를 변경합니다.
- 5) 아나필락시스 신고내역의 경우 시도판정 단계 항목이 추가되어 출력되며 시도판정 단계에 따라 선택 항목을 변경하고 저장 버튼을 클릭하여 수정합니다.

코로나19 예방접종관리시스템
이상반응관리 사용자 매뉴얼

