

473**VYHLÁŠKA**

ze dne 17. prosince 2008

o systému epidemiologické bdělosti pro vybrané infekce

Ministerstvo zdravotnictví stanoví podle § 108 odst. 1 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění zákona č. 274/2003 Sb., zákona č. 320/2002 Sb., zákona č. 274/2003 Sb., zákona č. 392/2005 Sb., zákona č. 222/2006 Sb. a zákona č. 110/2007 Sb., (dále jen „zákon“), k provedení § 75a odst. 1 a 4 zákona:

§ 1

Tato vyhláška upravuje rozsah infekcí, pro které je zaveden systém epidemiologické bdělosti (surveillance), a stanoví

- a) rozsah shromažďovaných údajů o infekcích, způsobů a lhůty jejich hlášení,
- b) laboratorní diagnostiku, epidemiologické šetření a stanovení druhu a způsobu provedení protiepidemických opatření infekčních onemocnění,
- c) základní charakteristiku, klinickou definici a klasifikaci infekčních onemocnění.

§ 2

Infekce, které jsou zahrnuty v systému epidemiologické bdělosti, jsou uvedeny v příloze č. 1 této vyhlášky.

§ 3

Rozsah údajů a postup podle § 1 písm. a) až c) upravuje při výskytu

- a) záškrtu příloha č. 2 k této vyhlášce,
- b) dáivého kašle příloha č. 3 k této vyhlášce,
- c) spalniček příloha č. 4 k této vyhlášce,

- d) chřipky a akutních respiračních infekcí příloha č. 5 k této vyhlášce,
- e) invazivního meningokokového onemocnění příloha č. 6 k této vyhlášce,
- f) invazivních onemocnění vyvolaných *Haemophilus influenzae* typ b a non-b příloha č. 7 k této vyhlášce,
- g) nálezů vyvolaných virem lidského imunodeficitu (HIV/AIDS) příloha č. 8 k této vyhlášce,
- h) tuberkulózy příloha č. 9 k této vyhlášce,
- i) legionelózy příloha č. 10 k této vyhlášce,
- j) přenosné dětské obrny (poliomyelitidy) příloha č. 11 k této vyhlášce,
- k) tetanu příloha č. 12 k této vyhlášce,
- l) zarděnek a kongenitálního zarděnkového syndromu (KZS) příloha č. 13 k této vyhlášce,
- m) příušnic příloha č. 14 k této vyhlášce.

§ 4

Osoba poskytující péči¹⁾ hlásí orgánu ochrany veřejného zdraví údaje shromažďované o infekcích dle § 2. Při podezření a zjištění každého jednotlivého případu infekčního onemocnění dle § 3 se postupuje v rozsahu uvedeném v přílohách č. 2 až 14 této vyhlášky. Hlášení se podává ve lhůtách a způsobem stanovených jiným právním předpisem²⁾.

§ 5

Tato vyhláška nabývá účinnosti dnem 1. ledna 2009.

Ministr:

MUDr. **Julínek**, MBA v. r.

¹⁾ § 15 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění zákona č. 274/2003 Sb.

²⁾ Vyhláška č. 195/2005 Sb., kterou se upravují podmínky předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a hygienické požadavky na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče.

Infekce, které jsou zahrnuty v systému epidemiologické bdělosti

1. NEMOCI

1.1. Nemoci, jimž lze předcházet očkováním:

Záškrt

Infekce, které vyvolává *Haemophilus influenzae* typ b a non b

Chřipka

Spalničky

Příušnice

Dávivý kašel

Přenosná dětská obrna

Zarděnky

Tetanus

1.2. Sexuálně přenosné nemoci:

Chlamydiové infekce

Gonokokové infekce

Nákazy vyvolané virem lidského imunodeficitu (HIV/AIDS)

Příjice

1.3. Virová hepatitida:

Hepatitida A

Hepatitida B

Hepatitida C

1.4. Nemoci přenášené potravinami a vodou a nemoci závislé na prostředí:

Botulismus

Campylobakteriíza

Kryptosporidióza

Lambliáza (giardiáza)

Infekce vyvolané *E. coli* enterohaemorrhagica

Leptospiróza

Listerióza

Salmonelóza

Shigelóza

Sněť slezinná

Toxoplasmóza

Trichinóza

Yersinióza

1.5. Jiné nemoci:

1.5.1. *Nemoci přenášené nekonvenčními původci*

Varianta přenosných spongiformních encefalopatií (Creutzfeldt-Jakobova nemoc)

1.5.2. *Nemoci přenášené vzduchem*

Legionelóza

Meningokoková onemocnění
Pneumokokové infekce
Tuberkulóza
Těžký akutní respirační syndrom (SARS)

1.5.3. *Zoonózy (jiné než uvedené pod bodem 1.4.)*

Brucelóza
Echinokokóza
Vzteklina
Ptačí chřipka přenesená na člověka
Nákaza virem západonilské horečky
Q horečka
Tularemie

1.5.4. *Vážné zavlečené nemoci*

Cholera
Malárie
Mor
Virové hemorhagické horečky

System epidemiologicke bdělosti záškrtu

Čl. 1

Klinická definice onemocnění

1. Klinický obraz odpovídající záškrtu dýchacích cest (horečnaté onemocnění horních cest dýchacích, charakterizované povlakem na mandlích, hrtanu nebo nosní sliznici v kombinaci s bolestí v krku a zvýšenou teplotou) nebo záškrtu jiné lokalizace (onemocnění charakterizované kožními, spojivkovými, ušními, genitálními vředy či vředy jiného typu).
2. Každý případ záškrtu je klinicky podle lokalizace charakterizován jako:
 - 2.1. difterie hrdla;
 - 2.2. difterie hrtanu – croup;
 - 2.3. difterie nosní;
 - 2.4. difterie kožní;
 - 2.5. difterie jiných orgánů.
3. Období nakažlivosti trvá od konce inkubační doby (2-5 dnů), po celou dobu nemoci, obvykle 14 dnů, zřídka déle než 1 měsíc.

Čl. 2

Laboratorní diagnostika

Laboratorní diagnostika se provádí izolací korynebaktéria (*C. diphtheriae*, nebo *C. ulcerans*) produkujícího toxin z klinického vzorku.

Čl. 3.

Epidemiologická kritéria

Epidemiologická souvislost – mezilidský přenos onemocnění, při kterém jeden z případů je laboratorně potvrzený.

Čl. 4

Klasifikace případu onemocnění

- A. Možný: Klinicky odpovídající případ
- B. Pravděpodobný: Klinicky odpovídající případ v epidemiologické souvislosti
- C. Potvrzený: Klinicky odpovídající případ, který je laboratorně potvrzený izolací toxigenního kmene korynebaktéria

Pro potřeby národní surveillance je dále definován:

Bezpriznakový nosič toxigenního kmene

Čl. 5

Shromažďování údajů a jejich hlášení

Osoba poskytující péči, která diagnostikuje onemocnění záškrtem, hlásí potvrzené a pravděpodobné onemocnění včetně nosičství toxigenního kmene a úmrtí na toto onemocnění, a to případy záškrtu dýchacích cest i záškrtu jiných lokalizací, stejně jako bezpříznakové případy nosičství toxigenního kmene. Případy s netoxigenními kmeny *C. diphtheriae* nebo *C. ulcerans* se nehlásí. Každá laboratoř, která izoluje *C. diphtheriae* nebo *C. ulcerans*, hlásí izolaci těchto agens podle jiného právního předpisu²⁾.

Čl. 6

Epidemiologické šetření při podezření na výskyt záškrtu

Lékař, který vyslovil podezření na onemocnění záškrtem, provede výtěr z místa klinických projevů, například tonsil, nosu, kůže, na kultivační vyšetření a zajistí neprodleně jeho transport do vyšetřující laboratoře. Vyšetřující laboratoř zašle každý izolovaný kmen *C. diphtheriae* a *C. ulcerans* k ověření a kvantitativnímu stanovení produkce toxinu do Národní referenční laboratoře pro diftérii a pertusi.

Čl. 7

Protiepidemická opatření v ohnisku záškrtu

1. Hlášení onemocnění podléhají podle čl. 5 případy záškrtu dýchacích cest i záškrtu jiných lokalizací, stejně jako bezpříznakové případy nosičství toxigenního kmene.
2. Zajištění odběru biologického materiálu k ověření diagnózy, jeho transport do příslušné vyšetřující laboratoře.
3. Postup při izolaci upravuje jiný právní předpis²⁾.
4. Dítě po prožitém onemocnění je možné přijmout do mateřské školy, školy, školského zařízení pro výkon ústavní výchovy a ochranné výchovy, zvláštního dětského zařízení, zařízení sociálních služeb a obdobných zařízení (dále jen „kolektivní zařízení“), je-li podle výsledků klinického vyšetření zdravo a dvě poslední kultivační vyšetření z nosu a krku byla negativní, pokud jde o *C. diphtheriae* a *C. ulcerans* (jinak jen se souhlasem orgánu ochrany veřejného zdraví, dále jen „OOVZ“).
5. Po dobu 7 dnů se provádí lékařský dohled u fyzických osob, které byly v kontaktu s nemocným či nosičem toxigenního kmene. Na začátku a konci sledovaného období se provede výtěr z nosu a krku na mikrobiologické vyšetření.
6. Po dobu lékařského dohledu se do zařízení přijímají jen nevnímavé děti k nákaze záškrtem, vnímavé děti až po 7 dnech za předpokladu, že v zařízení žádné z dětí není nosičem toxického kmene *C. diphtheriae*.
7. Nevnímavé děti k nákaze záškrtem z rodin, kde se vyskytlo onemocnění záškrtem, mohou do zařízení docházet, vnímavé děti k nákaze záškrtem až po 7 dnech od posledního styku s nemocným.

Systém epidemiologické bdělosti dáivého kaše

Čl. 1

Klinická definice onemocnění

1. Klinický obraz odpovídající pertusi, tj. kašel trvající minimálně 2 týdny s jedním z následujících příznaků: záchvaty kaše, kokrhavý kašel nebo zvracení po záchvatu kaše bez jiných zjevných příčin nebo apnoická pauza u kojenců.
2. Typická forma pertuse:
Onemocnění obvykle trvá 6 až 8 týdnů a má 3 stadia: katarální (1 až 2 týdny), paroxysmální (2 až 6 týdnů) a rekonvalescentní (1 až 3 týdny). Počáteční projevy (rýma, slzení, mírný suchý dráždivý kašel, subfebrilie) odpovídají příznakům běžného nachlazení. Během katarálního stadia se suchý dráždivý kašel zhoršuje a přechází v záchvatovitý kašel – stadium paroxysmální. Počet a závažnost záchvatů v průběhu tohoto stadia stoupá. Záchvat se vyznačuje sérií krátkých expiríí ukončených charakteristickým zajíkávkým táhlým inspiriem. Záchvaty kaše bývají provázeny dávením i zvracením a objevují se jak v průběhu dne tak i v noci. Rekonvalescentní stadium je charakterizováno snížením počtu záchvatů a zmírněním kaše. Nejzávažnější průběh onemocnění bývá u dětí mladších 1 roku.
3. U dětí ve věku do 15 let a dospělých se pertuse obvykle vyskytuje v lehčí formě. Probíhá jako suchý dráždivý kašel trvající 2 a více týdnů. Může být provázen dávením i zvracením, ale bez typických záchvatů.
4. Období nakažlivosti začíná na konci inkubační doby, která trvá 7 - 21 dnů. Nejvyšší je v časném období katarálního stadia, pak se postupně snižuje. Končí obvykle tři týdny po začátku paroxysmálního stadia či pět dnů po léčbě antibiotiky.
5. Parapertuse na rozdíl od pertuse má nižší manifestnost. Typický průběh parapertuse připomíná pertusi s krátkým katarálním stadiem i kratším stadiem paroxysmálním. Parapertuse se vyskytuje převážně u dětí po druhém roce života; výskyt u kojenců je velmi vzácný.

Čl. 2

Laboratorní diagnostika

1. Průkaz specifické protilátkové odpovědi proti dáivému kašli u osob, které nebyly v nedávné době (v průběhu předchozích 8 týdnů) očkované.
2. Detekce nukleové kyseliny *Bordetella pertussis*.
3. Izolace *Bordetella pertussis* (nebo *B. parapertussis*) z klinického vzorku.
4. Standardním laboratorním testem pro diagnózu dáivého kaše je kultivační průkaz *Bordetella pertussis* nebo *B. parapertussis*.
5. K sérologickému vyšetření se odebírají 2 vzorky krve v 3 týdenním intervalu. První vzorek se odebírá co nejdříve v akutním stadiu. Předpokladem sérologické diagnózy je současné vyšetření prvního a druhého vzorku séra. Potvrzením probíhajícího onemocnění je prokázáný signifikantní (minimálně 4-násobný) vzestup hladin protilátek (proti pertusi nebo parapertusi) anebo sérokonverze z negativity do positivity.

6. Jakákoli hladina protilátek v jediném vzorku není průkazem akutně probíhajícího onemocnění.

Čl. 3 Epidemiologická kritéria

Epidemiologická souvislost – mezilidský přenos onemocnění, při kterém jeden z případů je laboratorně potvrzený.

Čl. 4 Klasifikace případu onemocnění

- A. **Možný:** Případ, který splňuje definici klinického případu.
B. **Pravděpodobný:** Případ, který splňuje definici klinického případu a má epidemiologickou souvislost.
C. **Potvrzený:** Případ, který splňuje definici klinického případu a je laboratorně potvrzený.

Čl. 5 Shromažďování údajů a jejich hlášení

Osoba poskytující péči, která diagnostikuje onemocnění dávivým kašlem, hlásí onemocnění dávivým kašlem a úmrtí na toto onemocnění.

Čl. 6 Epidemiologické šetření při podezření na výskyt dávivého kašle

Lékař, který vyslovil podezření na onemocnění dávivým kašlem, zajistí kultivační vyšetření výtěru z nazofaryngu a laryngu a provede odběr krve na sérologické vyšetření (nejméně za tři týdny provede další odběr) a zajistí transport biologického materiálu neprodleně do vyšetřující laboratoře. Lékař i vyšetřující laboratoř hlásí výsledky podle čl. 4. Vyšetřující laboratoř zašle každý izolovaný kmen *B. pertussis* k sérotypizaci do Národní referenční laboratoře pro diftérii a pertusi.

Čl. 7 Protiepidemická opatření v ohnisku onemocnění dávivým kašlem

1. Hlášení onemocnění dávivým kašlem podle čl. 5.
2. Zajištění odběru biologického materiálu od pacienta a kontaktů s kultivačně pozitivním nemocným, zajištění transportu biologického materiálu do příslušné laboratoře.
3. Postup při izolaci upravuje jiný právní předpis²⁾.
4. Dítě po prodělaném laboratorně prokázaném onemocnění způsobeném *B. pertussis* nebo *B. parapertussis* je možné přijmout do kolektivního zařízení až po negativním kultivačním vyšetření, provedeném za týden po léčbě v odstupu 4 až 5 dnů.
5. Do kolektivního zařízení, kde se vyskytlo onemocnění dávivým kašlem, se nepřijímají neočkované či nesprávně očkované děti po dobu maximální inkubační doby (21 dnů), nevnímavé fyzické osoby k nákaze dávivým kašlem očkované řádně a v termínech mohou do zařízení docházet.

System epidemiologické bdělosti spalniček

Čl. 1

Klinická definice onemocnění

1. Klinický obraz odpovídající spalničkám, tj. febrilní stav s generalizovaným exantémem trvajícím déle než 3 dny, kterému předchází katarální příznaky, teploty $>38^{\circ}\text{C}$ a jeden nebo více z následujících příznaků: kašel, rýma, Koplikovy skvrny, konjunktivitida.
2. Období nakažlivosti začíná od prvního dne před začátkem prodromálních příznaků a končí do čtyř dnů po vzniku exantému.

ČL. 2

Laboratorní diagnostika

Alespoň jedno z následujících kritérií:

1. Detekce IgM protilátek proti spalničkám u osob, které nebyly v minulých šesti týdnech očkovány.
2. Průkaz specifické protilátkové odpovědi proti spalničkám u osob, které nebyly v minulých třech týdnech očkovány.
3. Detekce viru spalniček (nevakcinační kmen) v klinickém vzorku.
4. Spalničková specifická IgM sérologie je standardní test volby. V případech, kdy je vzorek z ranné akutní fáze (tj. do 3 dnů po začátku vyrážky) IgM neprůkazný nebo negativní na spalničky, zarděnky a parvovirus B19, ačkoliv má pacient klinické příznaky spalniček, je indikován odběr druhého vzorku krve (za 10 až 20 dní po prvním odběru). Spalničková IgM sérologie může být nespolehlivá pro možnost falešných spalničkových IgM pozitivit v sérech s pozitivitami IgM na zarděnky, parvovirus B19, EBV, HHV6 a u sporadických spalničkových případů. Proto je nutno tyto případy ověřit výrazným vzrůstem hladin celkových spalničkových nebo spalničkových IgG protilátek. Ke správné interpretaci výsledků sérologických vyšetření je třeba brát v úvahu klinické, laboratorní a epidemiologické údaje.
5. Detekce nukleové kyseliny viru spalniček v klinickém vzorku.
6. Detekce antigenu viru spalniček (DFA) pomocí specifických spalničkových monoklonálních protilátek.

Čl. 3.

Epidemiologická kritéria

Epidemiologická souvislost – mezilidský přenos onemocnění, při kterém jeden z případů je laboratorně potvrzený.

Čl. 4

Klasifikace případu onemocnění

- A. Možný: Případ který splňuje klinickou definici onemocnění.
- B. Pravděpodobný: Případ který splňuje klinickou definici onemocnění a je v epidemiologické souvislosti s potvrzeným případem.
- C. Potvrzený: Případ potvrzený výsledkem laboratorního vyšetření.

Čl. 5

Shromažďování údajů a jejich hlášení

Osoba poskytující péči, která diagnostikuje onemocnění spalničkami, hlásí onemocnění a úmrtí na toto onemocnění. Vzhledem ke globálně probíhající eradikaci spalniček je třeba identifikovat importovaná onemocnění a jejich epidemiologickou souvislost.

Čl. 6

Epidemiologické šetření při podezření na výskyt spalniček

Lékař, který vyslovil podezření na onemocnění spalničkami, provede odběry biologického materiálu k laboratornímu průkazu etiologie a zajistí jejich transport do vyšetřující laboratoře. Vyšetřující laboratoř vzorky vyšetří i s ohledem na jinou možnou etiologii exantematických onemocnění a u laboratorně potvrzeného případu zajistí zaslání alikvotu séra do Národní referenční laboratoře pro zarděnky, spalničky, parotitidu a parvovirus B19 ke confirmaci. Případ se uzavře až po vyšetření touto laboratoří.

Čl. 7

Protiepidemická opatření v ohnisku onemocnění spalničkami

1. Hlášení onemocnění spalničkami podle čl. 5.
2. Zajištění odběru biologického materiálu od pacienta a kontaktů k ověření diagnózy, zajištění transportu biologického materiálu do příslušné laboratoře.
3. Izolace pacienta po dobu 7 dnů po objevení se exantému. Izolace se provádí podle klinické závažnosti a epidemiologických rizik. Postup při izolaci upravuje jiný právní předpis²⁾.
4. Aktivní vyhledávání zdroje nákazy a kontaktů, zaměřené na pobyt případu během doby jeho eventuální expozice (7 až 18 dní před začátkem exantému) a na kontakty, které měl v období nakažlivosti.
5. Epidemiologické šetření v ohnisku nákazy, zpravidla do 48 hodin po nahlášení případu, včetně identifikace všech dosud vnímavých fyzických osob.
6. Podání normálního lidského imunoglobulinu (NLIG) dětem do 15 měsíců věku (neočkovaným), které byly v kontaktu s možným, pravděpodobným nebo potvrzeným případem spalniček, a to dle souhrnu údajů o přípravku.
7. Očkování vnímavých fyzických osob k naze spalničkami (dětí, kterým nebyly podány alespoň dvě dávky očkovací látky), u kterých ještě neuplynuly 3 dny od posledního styku s nemocným. Expozice spalničkám není kontraindikací očkování.

8. U vnímavých fyzických osob k nákaze spalničkami, které byly v přímém kontaktu, a u kterých uplynuly více než 3 dny od posledního styku s nemocným; lékařský dohled trvá po dobu maximální inkubační doby (21 dní).
9. Děti, které byly v kontaktu se spalničkami se přijímají do kolektivu nejdříve po uplynutí 21 dní.

Systém epidemiologické bdělosti chřipky a akutních respiračních onemocnění

Čl. 1

Klinická definice onemocnění

1. Klinický obraz infekce viry chřipky probíhá ve formě chřipce podobného onemocnění a/nebo akutní respirační infekce.
Chřipce podobné onemocnění (ILI) je charakterizováno následujícími klinickými příznaky:
 - náhlý nástup nemocia současně
 - nejméně jedním z celkových symptomů, mezi které patří horečka nebo zimnice, nevolnost, bolest hlavy, bolest svalůa současně
 - nejméně jedním z následujících respiračních symptomů, mezi které patří kašel, pálení v krku, dechová nedostatečnost.Akutní respirační infekce (ARI) je charakterizována následujícími klinickými příznaky:
 - náhlý nástup nemocia současně
 - nejméně jedním z následujících respiračních symptomů, mezi které patří kašel, pálení v krku, dechová nedostatečnost, rýmaa současně
 - názorem klinika, že nemoc je způsobená infekcí.
2. Období nakaživosti v prvním až pátém dnu onemocnění u dospělých, u imunosuprimovaných pacientů a dětí až do desátého dne.

Čl. 2

Laboratorní diagnostika

1. Detekce chřipkového antigenu či nukleové kyseliny ve vyšetřovaném klinickém materiálu metodami EIA, imunofluorescence, PCR nebo jinými adekvátními metodami. Vyšetřovaným klinickým materiálem se rozumí zejména výtěr z nazofaryngu, výtěr z nosu, výtěr z faryngu, nazofaryngeální aspirát, endotracheální a brochoalveolární laváž.
2. Izolace viru chřipky z odebraného klinického materiálu kultivací v citlivém buněčném substrátu (buněčné kultury, kuřecí embrya); izolované viry se neprodleně zasílají k typizaci do Národní referenční laboratoře pro chřipku zřízenou Ministerstvem zdravotnictví.
3. Sérologický průkaz specifické protilátkové odpovědi proti chřipce typu A nebo typu B spočívající v minimálně čtyřnásobném vzestupu titru protilátek v séru odebraném v akutním a rekonvalescentním stádiu onemocnění, a to v intervalu nejméně 10 dní. Doporučené metody: komplement-fixační reakce, test inhibice hemaglutinace, ELISA.
4. Průkaz viru chřipky v pitevním materiálu, kterým je trachea, bifurkace bronchů nebo okrajová zóna pneumonického ložiska.

ČL. 3 Epidemiologická kritéria

Epidemiologická souvislost – mezilidský přenos onemocnění, při kterém jeden z případů je laboratorně potvrzený. V případě chřipkové epidemie není nezbytně nutný laboratorní průkaz pro potvrzení epidemiologické souvislosti.

Čl. 4 Klasifikace případu onemocnění

- A. Možný: Případ, který splňuje klinickou definici onemocnění (ILI nebo ARI).
- B. Pravděpodobný: Případ, který splňuje klinickou definici onemocnění (ILI nebo ARI), a je v epidemiologické souvislosti.
- C. Potvrzený: Případ, který splňuje klinickou definici onemocnění (ILI nebo ARI), potvrzený výsledkem laboratorního vyšetření.

Čl. 5 Shromáždění údajů a jejich hlášení

Osoba poskytující péči, která diagnostikuje onemocnění chřipkou, komplikace a úmrtí na toto onemocnění, provede hlášení podle jiného právního předpisu²⁾.

Čl. 6 Epidemiologické šetření při podezření na výskyt chřipky a akutních respiračních infekcí

1. Protiepidemická oddělení OOVZ provádí epidemiologické šetření u všech netypických výskytů chřipkových onemocnění (např. z hlediska počtu postižených, v časové či místní souvislosti, s nezvyklým průběhem). Provádí epidemiologické šetření u všech hlášených úmrtí na chřipku a v přímé souvislosti s chřipkou a zjišťují, zda nemocná či zemřelá osoba byla očkována proti chřipce před aktuální chřipkovou sezónou.
2. Diagnostikující lékař, popř. OOVZ, zajišťuje a provádí včasný odběr biologického materiálu k ověření diagnózy a jeho transport do příslušné laboratoře, která provede základní vyšetření (přímá detekce antigenu a izolační pokus). Další vyšetření provádí Národní referenční laboratoř pro chřipku.

Čl. 7 Protiepidemická opatření v ohnisku chřipky

1. Hlášení onemocnění dle čl. 5.
2. Odběr biologického materiálu k ověření diagnózy a jeho transport do příslušné laboratoře k vyšetření zajišťuje a provádí diagnostikující lékař, popř. OOVZ.
3. V případě objevení se nové varianty chřipkového viru se postupuje podle Pandemického plánu České republiky pro případ pandemie chřipky vyvolané novou variantou chřipkového viru.

Systém epidemiologické bdělosti invazivních meningokokových onemocnění (IMO)

Čl. 1

Klinická definice onemocnění

1. Klinický obraz odpovídající meningokokovému onemocnění, tj. meningitida a/nebo meningokoková bakteriémie, která může rychle progredovat za vzniku fulminantní purpury, septického šoku a smrti. Další projevy jsou možné.
2. Invazivní meningokokové onemocnění zahrnuje následující klinické projevy:
 - 2.1. meningokokovou meningitidu,
 - 2.2. Waterhouseův-Friderichsenův syndrom,
 - 2.3. akutní meningokokovou bakteriémii,
 - 2.4. chronickou meningokokovou bakteriémii,
 - 2.5. meningokokovou bakteriémii,
 - 2.6. meningokokové onemocnění srdce,
 - 2.7. jiné závažné meningokokové infekce, např. pneumonii, septickou artritidu, nebo
 - 2.8. závažnou meningokokovou infekci nespecifikovanou.
3. Období nakažlivosti - během celé doby přítomnosti meningokoků v sekretech nosu a úst. Obvykle mizí do 24 hodin po nasazení antibiotické léčby.

Čl. 2

Laboratorní diagnostika

1. Izolace *Neisseria meningitidis* z primárně sterilního místa (například krev nebo mozkomíšní mok, nebo méně často, z kloubní, pleurální nebo perikardiální tekutiny).
2. Detekce nukleové kyseliny *N. meningitidis* z primárně sterilního místa.
3. Detekce antigenu *N. meningitidis* z primárně sterilního místa.
4. Mikroskopický průkaz gramnegativních diplokoků z primárně sterilního místa.
5. Vzhledem ke skutečnosti, že výše uvedené klinické syndromy mohou být způsobeny řadou jiných etiologických agens, je laboratorní potvrzení etiologie *N. meningitidis* nezbytné. Zdůrazňuje se nutnost určování agens až do úrovně určení sérologické skupiny *N. meningitidis*. Provedení odběru na kultivační vyšetření před nasazením antibiotické terapie je povinné.
6. Kmeny *N. meningitidis* izolované z klinického materiálu, který je za normálních podmínek sterilní, nebo z tělních tekutin, získané z klinických projevů (čl. 1), jsou zasílány do Národní referenční laboratoře pro meningokokové nákazy zřízené Ministerstvem zdravotnictví k dalšímu určování. Národní referenční laboratoř pro antibiotika zajišťuje sledování antibiotické rezistence.

Čl. 3 Epidemiologická kritéria

Epidemiologická souvislost – mezilidský přenos onemocnění, při kterém jeden z případů je laboratorně potvrzený.

Čl. 4. Klasifikace případu onemocnění

- A. Možný: Případ, který splňuje klinickou definici onemocnění.
- B. Pravděpodobný: Případ, který splňuje klinickou definici onemocnění a epidemiologické kritérium.
- C Potvrzený: Případ, který splňuje klinickou definici onemocnění a nejméně jedno z laboratorních kritérií

Čl. 5. Shromažďování údajů a jejich hlášení

Osoba poskytující péči, která diagnostikuje invazivní meningokokové onemocnění, hlásí onemocnění a úmrtí na toto onemocnění. Asymptomatické nosičství nebo běžná respirační onemocnění s průkazem *N. meningitidis* se nehlásí.

Čl. 6. Epidemiologické šetření při podezření na výskyt IMO

Lékař, který vyslovil podezření na invazivní meningokokové onemocnění, provede odběr biologického materiálu k laboratornímu průkazu etiologie a zajistí jeho transport do vyšetřující laboratoře.

Čl. 7. Protiepidemická opatření v ohnisku invazivního meningokokového onemocnění

1. Hlášení onemocnění invazivním meningokokovým onemocněním dle čl. 5.
2. Zajištění odběru biologického materiálu k ověření diagnózy, jeho transport do příslušné laboratoře.
3. Okamžitá hospitalizace a izolace nemocného. Postup při izolaci upravuje jiný právní předpis²⁾.
4. Protiepidemická opatření se provádějí při výskytu či na základě podezření u všech invazivních meningokokových onemocnění, u neinvazivních se žádná protiepidemická opatření neprovádějí.
5. Při sporadickém výskytu invazivního meningokokového onemocnění se u osob v kontaktu s nemocným zajišťuje lékařský dohled po dobu jednoho týdne od posledního styku s nemocným, poučení o nutnosti kontaktovat lékaře při vzniku příznaků onemocnění včetně zvýšené teploty, doporučení omezení fyzické námahy.
6. U rizikových osob (osoby v úzkém kontaktu s nemocným, osoby do jednoho roku věku, dospívající, osoby nad 65 let věku, osoby se známou imunodeficiencí či jiným oslabením a osoby s předchozím respiračním onemocněním) se ihned zahajuje protektivní chemoterapie.

7. Při výskytu invazivního meningokokového onemocnění způsobeného séroskupinou, proti níž je dostupná vakcína, je osobám v kontaktu tato vakcína nabídnuta po uplynutí jednoho týdne od posledního kontaktu s nemocným.

Systém epidemiologické bdělosti invazivních onemocnění způsobených *Haemophilus influenzae* b a non-b

Čl. 1

Klinická definice onemocnění

Klinický obraz odpovídající invazivnímu onemocnění, tj. meningitida, epiglottitida, sepse, bakteriémie, pneumonie, artritida, osteomyelitida. Období nakažlivosti může být dlouhé, hlavně u bezpříznakových nosičů. Po zahájení terapie účinnými antibiotiky končí během 24 až 48 hodin .

Čl. 2

Laboratorní diagnostika

1. Kultivační průkaz *H. influenzae* z klinického materiálu, který je za normálních podmínek sterilní (cerebrospinální mok, krev), nebo z tělních tekutin u klinických projevů (čl. 1).
2. Kultivační průkaz *H. influenzae* z klinického materiálu vyšetřovaného při pneumonii: validní vzorek sputa nebo vzorek získaný z bronchoalveolární laváže (BAL) a hemokultivace.
3. Bezkuřivační průkaz antigenů a/nebo nukleové kyseliny *H. influenzae* z klinického materiálu, který je za normálních podmínek sterilní (cerebrospinální mok, krev), případně v kombinaci s přímým mikroskopickým průkazem.

Vzhledem ke skutečnosti, že výše uvedené klinické syndromy mohou být způsobeny řadou jiných etiologických agens, je laboratorní potvrzení etiologie *H. influenzae* nezbytné. Zdůrazňuje se nutnost určování agens až do úrovně species *Haemophilus influenzae* a typů. Typizaci provádí Národní referenční laboratoř pro hemofilové nákazy zřizovaná Ministerstvem zdravotnictví. Národní referenční laboratoř pro antibiotika zjišťuje rezistenci vůči antibiotikům. Rovněž se zdůrazňuje nutnost provedení odběru biologického materiálu na kulturační vyšetření před nasazením ATB terapie.

Čl. 3

Epidemiologická kritéria

Nejsou definována.

Čl. 4

Klasifikace případu onemocnění

- | | |
|-------------------|---|
| A. Možný: | Případ s klinickou epiglottitidou bez jakéhokoliv laboratorního průkazu nebo s průkazem pouze z nesterilního místa. |
| B. Pravděpodobný: | Případ, který splňuje klinickou definici onemocnění a ve výše uvedeném klinickém materiálu byl prokázán antigen <i>H. influenzae</i> . |
| C. Potvrzený: | Případ potvrzený pozitivním výsledkem kulturačního vyšetření a/nebo detekcí nukleové kyseliny <i>H. influenzae</i> z výše uvedeného klinického materiálu. |

Čl. 5**Shromažďování údajů a jejich hlášení**

Osoba poskytující péči, která diagnostikuje invazivní onemocnění vyvolané *H. influenzae* hlásí případ onemocnění a úmrtí na toto onemocnění.

Čl. 6**Epidemiologické šetření při podezření na invazivní onemocnění způsobené *H. influenzae***

Lékař, který vyslovil podezření na invazivní onemocnění způsobené *H. influenzae* provede odběr biologického materiálu na laboratorní průkaz etiologie a zajistí jeho transport do vyšetřující laboratoře.

Čl. 7**Protiepidemická opatření v ohnisku invazivního onemocnění *H. influenzae***

1. Hlášení onemocnění invazivním onemocněním způsobeným *Haemophilus influenzae* b a non-b podle čl. 5.
2. Zajištění odběru biologického materiálu a jeho odeslání do příslušné laboratoře na laboratorní vyšetření.
3. Izolace nemocného. Postup při izolaci upravuje jiný právní předpis²⁾.
4. Lékařský dohled po dobu 4 dnů od posledního kontaktu s nemocným u dětí mladších 6 let a poučení jejich zákonných zástupců o nutnosti kontaktovat lékaře při vzniku příznaků onemocnění včetně zvýšené teploty.

System epidemiologické bdělosti nákaz vyvolaných virem lidského imunodeficitu (HIV/AIDS)

Čl. 1

Klinická definice onemocnění

1. Klinický obraz infekce viru lidského imunodeficitu (HIV) probíhá řadu let.
 - 1.1. Onemocnění vyvolané virem lidského imunodeficitu (AIDS).

Zahrnuje všechny osoby infikované virem lidského imunodeficitu (HIV), které mají některou z klinických známek vyjmenovaných v definici případů Evropské surveillance AIDS.
 - 1.2. Infekce vyvolané virem lidského imunodeficitu (HIV).

Diagnóza je založena na laboratorních kritériích infekce HIV.
2. Období nakažlivosti trvá po celou dobu HIV pozitivivity.

Čl. 2

Laboratorní diagnostika

1. Dospělí, adolescenti a děti ve věku 18 měsíců a starší
 - Reaktivní výsledek screeningového testu (současná detekce HIV-1/2 protilátek a HIV-1 p24 antigenu) potvrzený v Národní referenční laboratoři pro AIDS zřízené Ministerstvem zdravotnictví.
 - Konfirmační vyšetření (současná detekce HIV-1/2 protilátek a HIV-1 p24 antigenu, Western blot a jiné blotingové testy, průkaz HIV-1 p24 antigenu, včetně neutralizačního testu).
 - Detekce HIV nukleové kyseliny (RNA nebo DNA).
 - Izolace HIV.
2. Děti mladší 18 měsíců
 - Detekce HIV nukleové kyseliny (RNA nebo DNA).
 - Detekce HIV-1 p24 antigenu včetně neutralizačního testu.
 - Izolace HIV.

Čl. 3

Epidemiologická kritéria

Nejsou definována.

Čl. 4

Klasifikace případu onemocnění

- | | |
|-------------------|---|
| A. Možný: | Nelze použít. |
| B. Pravděpodobný: | Nelze použít. |
| C. Potvrzený: | HIV infekce: jakákoliv osoba splňující laboratorní kritéria pro HIV infekci |

AIDS: jakákoliv osoba splňující klinická kritéria pro AIDS a laboratorní kritéria pro HIV infekci

Čl. 5

Shromažďování údajů a jejich hlášení

- Národní referenční laboratoř pro AIDS v případě potvrzení HIV positivity hlásí neprodleně výsledek testu:
 1. laboratoři, která prováděla vyhledávací vyšetření
 2. ošetřujícímu lékaři, který vyšetření ordinoval
 3. lékaři příslušného AIDS centra
 4. klientovi, který se nechal v Národní referenční laboratoři pro AIDS vyšetřit na vlastní žádost.
 5. místně příslušnému orgánu ochrany veřejného zdraví
- Lékař AIDS centra odesílá do Národní referenční laboratoře pro AIDS
 1. při prvním kontaktu s HIV pozitivní osobou vyplněný formulář: Hlášení nového případu HIV positivity (současně oznamuje také určenému epidemiologovi příslušného KHS)
 2. při změně klinického stavu a v případě úmrtí vyplněný formulář:
Hlášení klinického případu AIDS
Hlášení o úmrtí na HIV/AIDS.
- Laboratoře provádějící screeningové vyšetření HIV zasílají na příslušném formuláři do Národní referenční laboratoře pro AIDS měsíční hlášení o počtu provedených vyšetření včetně údajů o vyšetřované populaci a použitých testech.
- Národní referenční laboratoř pro AIDS údaje analyzuje a předává jako měsíční hlášení o výskytu HIV/AIDS ve formě tabulek a grafů Ministerstvu zdravotnictví, Ústavu zdravotnických informací a statistiky a dvakrát ročně na webových stránkách Státního zdravotního ústavu. Národní referenční laboratoř pro AIDS údaje o výskytu HIV/AIDS v ČR hlásí do Evropského monitorovacího centra.

Čl. 6

Epidemiologické šetření při podezření na HIV/AIDS

Lékař, který vyslovil podezření na onemocnění HIV/AIDS provede odběr krve na vyšetření přítomnosti protilátek. Epidemiologické šetření provádí místně příslušné územní pracoviště OOVZ.

Čl. 7

Protiepidemická opatření

1. Hlášení onemocnění vyvolaných virem lidského imunodeficitu (HIV/AIDS) podle čl. 5.
2. Protiepidemická opatření spočívají v uplatňování specifických preventivních aktivit v dané populaci.

System epidemiologické bdělosti tuberkulózy

Čl. 1

Klinická definice onemocnění

Klinická kritéria TBC splňuje každá osoba s oběma kritérii 1, 2 nebo s kritériem 3:

1. rozhodnutí lékaře, že klinické příznaky nebo symptomy a/nebo radiologické nálezy odpovídají tuberkulóze a
2. rozhodnutí lékaře léčit pacienta kompletní antituberkulotickou léčbou, nebo
3. postmortální nález patologických změn, které by za života pacienta vedly k zahájení antituberkulotické léčby.

Čl. 2

Laboratorní diagnostika

Laboratorní diagnostika zahrnuje kultivační průkaz mikroorganismů komplexu *Mycobacterium tuberculosis* (s výjimkou *Mycobacterium bovis* BCG) z jakéhokoliv klinického vzorku.

Závažnost nálezu zvyšuje mikroskopický průkaz acidorezistentních tyček z jakéhokoliv klinického vzorku, zejména ze spontánního nebo indukovaného sputa.

V rámci laboratorní diagnostiky lze využít i rychlé diagnostické testy průkazu tuberkulózních bacilů typu Bactec – MGIT a MB/ BacT, testy detekce mykobakteriální DNA/RNA a testy průkazu interferonu gama (IGRA testy), stejně jako histologické vyšetření.

U bakteriologicky ověřených případů se provádí vyšetřování citlivosti na antituberkulotika.

1. Laboratorní kritéria pro potvrzený případ.

Splnění nejméně jednoho z následujících dvou kritérií:

- 1.1. Izolace (kultivace) komplexu *Mycobacterium tuberculosis* (s výjimkou *Mycobacterium bovis*-BCG) z klinického vzorku materiálu.
- 1.2. Detekce nukleových kyselin komplexu *M. tuberculosis* v klinickém vzorku materiálu a nález acidorezistentních tyček (ART) při přímé mikroskopii vzorku.

2. Laboratorní kritéria pro pravděpodobný případ.

Splnění nejméně jednoho z následujících třech kritérií:

- 2.1. Nález acidorezistentních tyček (ART) při přímé mikroskopii vzorku.
- 2.2. Detekce nukleových kyselin komplexu *M. tuberculosis* v klinickém vzorku materiálu.
- 2.3. Nález granulomů (granulomatózních změn) při histologickém vyšetření.

Čl. 3

Epidemiologická kritéria

Nejsou definována.

Čl. 4

Klasifikace případu onemocnění

- A. Možný: Případ, který splňuje klinickou definici onemocnění.
 - B. Pravděpodobný: Případ, který splňuje klinickou definici onemocnění a laboratorní kritéria pro pravděpodobný případ.
 - C. Potvrzený: Případ, který splňuje klinickou definici onemocnění a laboratorní kritéria pro potvrzený případ.
-
- 1. Klasifikace podle infekčnosti.
 - 1.1 Případ s infekční formou TBC onemocnění:
 - 1.1.1 osoba s TBC dýchacího ústrojí, vylučující ve sputu bacily komplexu *M. tuberculosis*, prokázané kultivačně a zejména kultivačně a mikroskopicky, nebo
 - 1.1.2 osoba s TBC mimo dýchací ústrojí, u které jsou bacily v sekretech nebo v obsahu píštěle nebo abscesu nebo v jiném materiálu.
 - 1.2 Případ s důvodným podezřením na onemocnění infekční formou TBC:
 - 1.2.1 osoba s nálezem svědčícím pro aktivní TBC onemocnění (rtg nález, histologie apod.) dýchacího ústrojí, u které je mikroskopické vyšetření sputa negativní a výsledky kultivace nejsou dosud uzavřeny, nebo
 - 1.2.2 osoba s nálezem svědčícím pro aktivní TBC onemocnění (rtg nález, histologie apod.) dýchacího ústrojí, u které je z jednoho materiálu (včetně sputa) mikroskopické vyšetření pozitivní a výsledky kultivace ještě nejsou dosud uzavřeny, nebo
 - 1.2.3 osoba s nálezem svědčícím pro aktivní TBC onemocnění a materiál pro bakteriologické vyšetření nebyl získán.
 - 1.3 Případ s neprokázanou infekčností:
 - 1.3.1 osoba s nálezem svědčícím pro aktivní TBC onemocnění (rtg nález, histologie apod.) s uzavřeným mykobakteriologickým vyšetřením s negativním výsledkem.
 - 2. Klasifikace podle lokalizace onemocnění.
 - 2.1 Plicní tuberkulóza:
Tuberkulóza plicního parenchymu nebo tracheo-bronchiální větve nebo hrtanu.
 - 2.2 Mimoplicní tuberkulóza:
Tuberkulóza jakékoliv lokalizace jiné než uvedené v bodě 2.1, včetně tuberkulózy pleury a nitrohruďních mízních uzlin bez postižení plicního parenchymu.
 - 2.3 Diseminovaná tuberkulóza je klasifikována jako plicní tuberkulóza, je-li postižen plicní parenchym nebo tracheo-bronchiální větev nebo hrtan, v ostatních případech je klasifikována jako mimoplicní tuberkulóza.
 - 2.4 Tuberkulóza dýchacího ústrojí:
Plicní tuberkulóza nebo tuberkulóza pleury nebo tuberkulóza nitrohruďních mízních uzlin.
 - 3. Klasifikace podle předchozí antituberkulotické léčby.
 - 3.1 Dosud neléčen(a):
Osoba, která nebyla nikdy v minulosti léčena pro aktivní tuberkulózu antituberkulotiky, nebo která užívala léky proti tuberkulóze méně než jeden měsíc.
 - 3.2 Dříve léčen(a):
Osoba, u níž byla v minulosti diagnostikována aktivní tuberkulóza, a která užívala léky proti tuberkulóze (mimo preventivní léčbu) minimálně jeden měsíc.

Čl. 5**Shromažďování údajů a jejich hlášení**

Osoba poskytující péči, která zahajuje léčbu, hlásí onemocnění tuberkulózou. V ostatních případech, kdy léčba není zahájena, hlásí onemocnění tuberkulózou lékař, který onemocnění diagnostikuje. Úmrtí na tuberkulózu hlásí ošetřující lékař nebo dispenzarizující lékař nebo lékař, který dosud nehlášené onemocnění diagnostikuje.

Čl. 6**Epidemiologické šetření při podezření na výskyt tuberkulózy**

1. Lékař, který vyslovil podezření na onemocnění infekční formou tuberkulózy provede anamnestické, klinické a rentgenologické vyšetření a zajistí převoz do lůžkového zařízení, které pacienta izoluje.
2. Ošetřující lékař dále zajistí odběr biologického materiálu na mikroskopické a kultivační vyšetření, zajistí jeho transport neprodleně do laboratoře a dále případně zajistí provedení tuberkulínového testu a případně testu IGRA.
3. Ošetřující lékař v lůžkovém zařízení, dispenzarizující lékař zodpovědný za vyšetření kontaktů, orgán ochrany veřejného zdraví, případně jiný orgán podílející se na vyšetření kontaktů, shromažďují údaje potřebné pro vyšetření kontaktů.

Čl. 7**Protiepidemická opatření v ohnisku nákazy**

1. Hlášení onemocnění tuberkulózou podle čl. 5.
2. Anamnestické, klinické, rentgenologické vyšetření kontaktů.
3. Provedení dalších testů u kontaktů a podání chemoprophylaxe podle platných doporučení.
4. Při epidemiologicky závažném výskytu se na šetření a stanovení opatření podílí orgán ochrany veřejného zdraví.

Systém epidemiologické bdělosti legionelózy

Čl. 1

Klinická definice legionelózy

1. Legionářská nemoc - akutní onemocnění dolních cest dýchacích s příznaky pneumonie diagnostikované klinicky, rentgenologicky, laboratorně.
2. Pontiacká horečka - akutní legionelová infekce bez postižení dolních cest dýchacích.

Čl. 2

Laboratorní diagnostika

Provádí se přímým průkazem rozpustného antigenu v moči, průkazem protilátek proti *Legionella pneumophila* séroskupiny (sg.) 1 v séru, průkazem celého mikroba ve sputu či jiných vzorcích.

Čl. 3.

Epidemiologická kritéria

Alespoň jedno z následujících kritérií:

- Environmentální expozice
- Expozice stejnému společnému zdroji jako potvrzený případ.

Čl. 4

Klasifikace případu onemocnění

- A. Možný: Nelze použít
- B. Pravděpodobný: Splňuje výše uvedenou definici onemocnění při klinickém vyšetření nebo rentgenologický průkaz pneumonie a jeden nebo více z následujících laboratorních nálezů:
1. čtyřnásobný nebo vyšší vzestup protilátek proti *L. pneumophila* jiných sérologických skupin než sg. 1 nebo jiných druhů potvrzený nepřímou fluorescencí nebo mikroaglutinací;
 2. vysoký titr protilátek proti *L. pneumophila* sg. 1 nebo dalších sérologických skupin nebo druhů;
 3. průkaz specifického antigenu v respiračním sekretu nebo detekce mikroorganismu přímou fluorescencí (DFA) v sekretu nebo plicní tkáni při použití vylisovaných monoklonálních reagensů;
 4. průkaz mikroorganismu v biologickém materiálu pomocí polymerázové reakce (PCR) – provádí pouze akreditovaná laboratoř.
 5. případ splňující výše uvedenou definici onemocnění a jedno z epidemiologických kritérií.

C. Potvrzený: Splňuje výše uvedenou definici onemocnění při klinickém vyšetření nebo rentgenologický průkaz pneumonie a jeden nebo více z následujících laboratorních nálezů:

1. izolace legionel z bronchoalveolární laváže, sputa, pleurální tekutiny, plicní tkáně, krve nebo jiného biologického materiálu;
2. čtyřnásobný nebo vyšší vzestup specifických titrů protilátek proti *Legionella pneumophila* sg. 1 potvrzený nepřímou fluorescencí, mikroaglutinací nebo ELISA testem;
3. průkaz specifického antigenu v moči ověřenou soupravou v Národní referenční laboratoři pro legionely zřízené Ministerstvem zdravotnictví.

Další klasifikace legionelóz pro účely národní surveillance:

- a) Nozokomiální - pacient se nakazil ve zdravotnickém zařízení.
- b) Cestovní legionelóza - pacient se nakazil při pobytu v hotelu či jiném zařízení hromadného ubytování.
- c) Profesionální legionelóza.
- d) Jiné legionelózy - legionelózy, které nelze zařadit do bodu a), b) nebo c).

Čl. 5

Shromažďování údajů a jejich hlášení

Osoba poskytující péči, která diagnostikuje onemocnění legionelózou, hlásí onemocnění a úmrtí na toto onemocnění.

Čl. 6

Epidemiologické šetření při podezření na výskyt legionelózy

Lékař, který vyslovil podezření na onemocnění legionelózou, provede odběry biologického materiálu k laboratornímu průkazu etiologie a zajistí jejich transport do vyšetřující laboratoře (bronchoalveolární laváž, sputum nebo pleurální výpotek, moč, krev, případně další tělní tekutiny), v případě úmrtí část ze zasaženého ložiska plicní tkáně.

Čl. 7

Protiepidemická opatření v ohnisku onemocnění legionelózou

1. Hlášení onemocnění legionelózou podle čl. 5.
2. Zajištění odběru biologického materiálu k ověření diagnózy, jeho transport do příslušné laboratoře.
3. Orgán ochrany veřejného zdraví provede v objektu v souvislosti s výskytem legionelózy odběry teplé a studené vody z vodovodního systému včetně stěrů z vytypovaných míst, vzorky vody z technických zařízení a dalších zařízení za účelem identifikace legionel v uvedených systémech a identifikace kritických míst.

Systém epidemiologické bdělosti přenosné dětské obrny (poliomyelitidy)

Čl. 1

Klinická definice onemocnění

1. Klinický obraz odpovídající poliomyelitidě, tj. akutní nástup chabé parézy jedné či více končetin se sníženými nebo chybějícími šlachovými reflexy v postižené končetině bez zjevné příčiny a bez ztráty sensorických nebo kognitivních funkcí.
2. Akutní forma poliomyelitidy je charakterizována jako:
 - 2.1. akutní paralytická poliomyelitida, spojená s vakcinací (s očkovací látkou);
 - 2.2. akutní paralytická poliomyelitida, divoký virus importovaný;
 - 2.3. akutní paralytická poliomyelitida, divoký virus tuzemský;
 - 2.4. akutní paralytická poliomyelitida;
 - 2.5. akutní neparalytická poliomyelitida;
 - 2.6. akutní dětská obrna u osob mladších 15 let.
3. Inkubační doba do vzniku parálýz je pět až dvanáct dní. Období nakažlivosti trvá od posledních dní inkubační doby. Vylučování viru nosohltanovým sekretem trvá asi jeden týden a stolicí až 6 týdnů. Virus vylučují také osoby s asymptomatickou nákazou (tj. 80 % ze všech nakažených). Paralytická forma vzniká jen u 1 % nakažených.

ČL. 2

Laboratorní diagnostika

Alespoň jedno z následujících tří kritérií:

1. Izolace polioviru z klinického vzorku a jeho intratypová diferenciacie – divoký poliovirus (WPV)
2. Virus odvozený z vakcinálního kmene (VDPV) – nejméně 85% shoda s vakcinálním virem v nukleotidové sekvenci VP1
3. Sabin-like poliovirus: intratypická diferenciacie provedená WHO akreditovanou laboratoří (pro VDPV >1% až 15% VP1 sekvenční rozdíl ve srovnání s vakcinálním virem stejného typu)

Čl. 3.

Epidemiologická kritéria

Alespoň jedno za následujících epidemiologických souvislostí:

- přenos z člověk na člověka
- cestování v oblasti endemického výskytu poliomyelitidy nebo oblasti s předpokládanou či potvrzenou cirkulací polioviru.

Čl. 4

Klasifikace případu onemocnění

- A. Možný: Případ, který splňuje definici klinického případu
- B. Pravděpodobný: Případ, který splňuje definici klinického případu s epidemiologickou souvislostí s potvrzeným případem
- C. Potvrzený: Případ, který splňuje definici klinického případu a je laboratorně potvrzený

Další údaje pro účely národní surveillace:

- Zavlečený případ – zdroj nákazy mimo ČR, paralytické onemocnění se projeví do 30 dnů po příjezdu ze zahraničí, zejména z oblastí s endemickým výskytem paralytické poliomyelitidy.
- Kontakt se zavlečeným případem – zdrojem nákazy je nemocný se zavlečeným případem paralytické poliomyelitidy. Paralytické onemocnění se u kontaktu projeví do 30 dnů po začátku paralytické poliomyelitidy zavlečeného případu.
- Případ v souvislosti s očkováním živou vakcínou proti poliomyelitidě (VAPP)
 - a) recipient – onemocní-li paralytickou poliomyelitidou osoba očkováná v době od 4 do 30 dnů po podání vakcíny
 - b) kontakt – onemocní-li paralytickou poliomyelitidou osoba, která v posledních 30 dnech sama očkována nebyla, ale byla v kontaktu s osobou očkovanou, která dostala živou vakcínu v posledních 60 dnech.

Případ nezavlečený a bez souvislosti s očkováním („domácí“ nebo „tuzemský“).

Čl. 5

Shromažďování údajů a jejich hlášení

Osoba poskytující péči, která diagnostikuje onemocnění poliomyelitidou hlásí onemocnění a úmrtí na toto onemocnění.

Čl. 6

Epidemiologické šetření při podezření na výskyt poliomyelitidy

Lékař, který vyslovil podezření na onemocnění poliomyelitidou, provede odběr stolice a zajistí zaslání odběru do Národní referenční laboratoře pro enteroviry. Vyšetřující laboratoř zašle izolovaný kmen polioviru do regionální referenční laboratoře pro enteroviry ve Světové zdravotnické organizaci pro Evropu. V rámci surveillace poliomyelitidy se hlásí a prošetřují také případy akutních chabých paréz.

Čl. 7

Protiepidemická opatření v ohnisku poliomyelitidy

1. Hlášení onemocnění.
2. Zajištění odběru biologického materiálu (stolice) k ověření diagnózy a jeho zaslání do Národní

- referenční laboratoře pro enteroviry.
3. Postup při izolaci upravuje jiný právní předpis²⁾.
 4. Zajištění očkování osob proti poliomyelitidě, které byly v úzkém kontaktu s nemocným bez ohledu na to, zda byly v minulosti očkovány. V případě, že se jedná o vysoce podezřelý případ poliomyelitidy nebo o vysoce podezřelý případ akutní chabé parézy, provede se očkování proti poliomyelitidě jen u osob neočkovaných nebo u osob, jimž byly podány méně než 3 dávky poliovakcíny.
 5. Šetření v ohnisku nákazy.
 6. Zvýšený zdravotnický dozor v ohnisku nákazy.

Systém epidemiologické bdělosti tetanu

Čl. 1

Klinická definice onemocnění

1. Klinický obraz odpovídající tetanu, tj. akutní nástup hypertonie a/nebo bolestivé svalové kontrakce (zpravidla u čelistních a šíjových svalů) a/nebo generalizované svalové spazmy bez zjevných zdravotních příčin.

Klinickou definici tetanu splňuje osoba s nejméně dvěma z následujících tří kritérií:

- bolestivé svalové spazmy žvýkacích a šíjových svalů vedoucích k obličejovému spasmu (trismus a „rhisus sardonius“),
- bolestivé spazmy svalstva trupu,
- generalizované spazmy (často opisthotonus).

2. Z hlediska klinického je každý případ tetanu klasifikován jako:

- 2.1. lokalizovaný tetanus, charakterizovaný zvýšeným svalovým tonusem pouze určitých svalových skupin v oblasti vstupní brány infekce nebo jen izolovaný trismem;
- 2.2. generalizovaný tetanus lehký, charakterizovaný povšechnou svalovou hypertonií, ale nepřítomností generalizovaných křečí;
- 2.3. generalizovaný tetanus středně těžký, charakterizovaný přítomností generalizovaných křečí ve frekvenci méně než 1krát za hodinu, bez dysfagie a cyanózy;
- 2.4. generalizovaný tetanus těžký, charakterizovaný přítomností generalizovaných křečí ve frekvenci více než 1krát za hodinu s dysfagií a cyanózou.

Klinickou klasifikaci podle bodů 2.1. až 2.4. lze provést nejdříve sedmý den po začátku příznaků.

3. Období nakažlivosti: onemocnění není přenosné z člověka na člověka.

Čl.2

Laboratorní diagnostika

Bakteriologické vyšetření na izolaci původce onemocnění z odběru předpokládané brány vstupu infekce, pokud je zjištěna, a to kultivačně nebo pokusem na zvířeti, negativní výsledek laboratorního vyšetření neznamená zpochybnění klinické diagnózy. Průkaz tetanického toxinu v séru.

Čl.3

Epidemiologická kritéria

Nejsou definována.

Čl. 4

Klasifikace případu onemocnění

- A. Možný: Nelze použít.
- B. Pravděpodobný: Klinicky odpovídající případ.
- C. Potvrzený: Případ odpovídající klinickým a laboratorním kritériím.

Čl. 5**Shromažďování údajů a jejich hlášení**

Osoba poskytující péči, která diagnostikuje onemocnění tetanem, hlásí toto onemocnění a úmrtí na toto onemocnění.

Čl. 6**Epidemiologické šetření při podezření na výskyt tetanu**

Lékař, který vyslovil podezření na onemocnění tetanem, zajistí odběr materiálu na bakteriologické vyšetření s cílem pokusit se prokázat *Clostridium tetani* v ráně (pokud je zjištěno poranění, které bylo pravděpodobnou vstupní branou infekce) a to buď kultivací nebo pokusem na zvířeti. Dále zajistí odběr krve na sérologické vyšetření. Zajistí neprodleně transport biologického materiálu do příslušné vyšetřující laboratoře.

Čl. 7**Protiepidemická opatření při výskytu tetanu**

1. Hlášení onemocnění tetanem podle čl. 5.
2. Zajištění odběru biologického materiálu od pacienta k ověření diagnózy, jeho transport do příslušné laboratoře.
3. Postup při izolaci upravuje jiný právní předpis²⁾.

Systém epidemiologické bdělosti zarděnek a kongenitálního zarděnkového syndromu (KZS)

Čl. 1

Klinická definice onemocnění

1. Zarděnky

Klinický obraz odpovídající zarděnkám, tj. akutní nástup generalizované makulopapulární vyrážky (rash) a nejméně jeden z následujících příznaků: artralgie, artritida, cervikální, subokcipitální a postaurikulární lymfadenopatie. Může se též vyskytnout konjunktivitida.

2. Kongenitální zarděnkový syndrom (KZS)

Riziko poškození plodu závisí na imunitě matky a na stupni těhotenství v době její infekce. Při onemocnění matky (i inaparentním) v prvním měsíci gravidity bývá zjevně poškozeno více než 50 % novorozenců, při onemocnění ve druhém měsíci 25 %, ve třetím měsíci 10 % a ve čtvrtém měsíci méně než 5 % novorozenců. Infekce virem zarděnek může vést k intrauterinní smrti plodu, ke spontánnímu potratu a kongenitální malformaci velkých systémů a nebo k porodu zdánlivě zdravého plodu, u kterého se vrozená nákaza manifestuje v pozdějším životě poruchou zraku, sluchu či psychomotorickou retardací aj. Klasickým projevem KZS je Greggův syndrom, tj. sdružený výskyt vrozených vad srdce (otevřená tepenná dučej, stenóza plicnice či aorty, defekty srdečního septa), oka (katarakta, mikroftalmus, glaukom, retinopatie) a hluchoty či nedoslýchavosti (i jednostranné). Vyskytují se i mikrocefalie a anomálie zubů, hepatosplenomegalie, meningoencefalitida, trombopenická purpura, myokarditida, hepatitida, osteoporotické změny metafýz dlouhých kostí. Postižené děti mívají nižší porodní hmotnost, špatně prospívají.

Pro kongenitální zarděnkový syndrom u dětí mladších 1 roku života je třeba splnit nejméně dvě z následujících klinických kritérií uvedených v odstavci A nebo jedno kritérium z odstavce A a jedno z odstavce B:

- A. katarakta, kongenitální glaukom, kongenitální srdeční vada, poruchy sluchu, pigmentová retinopatie
- B. purpura, splenomegalie, mikrocefalie, mentální retardace, meningoencefalitida, osteoporotické změny metafýz dlouhých kostí, žloutenky začínající v průběhu 24 hodin po narození.

3. Období nakažlivosti:

- 3.1. u zarděnek asi 1 týden před objevením se exantému a minimálně 4 dny po jeho začátku;
- 3.2. u KZS – děti mohou vylučovat virus ve faryngeálním sekretu a moči měsíce po narození, výjimečně v průběhu celého 1. roku života, v případě katarakty až do tří let života.

Čl. 2

Laboratorní diagnostika

1. Detekce IgM protilátek proti viru zarděnek u osob, které nebyly v nedávné době (6 týdnů) očkované. Specifické IgM protilátky nemusí být detekovatelné 4 až 5 dní po nástupu vyrážky a potom je třeba vyšetření opakovat později. Protilátky bývají prokazatelné po dobu 6 týdnů po prvním dnu objevení se vyrážky.
2. Průkaz specifické protilátkové odpovědi proti zarděnkám u osob, které nebyly v nedávné době (6 týdnů) očkované;
 - 2.1. sérokonverze nebo minimálně čtyřnásobné zvýšení hladin IgG protilátek proti zarděnkám u primoinfekce (pokud nebyla provedena imunizace v průběhu předcházejících 6 týdnů);
 - 2.2. výrazný vzrůst hladin preexistujících IgG protilátek u reinfekcí;
 - 2.3. perzistence specifických IgG u novorozence s projevy KZS ve vyšší hladině a po delší dobu, než je obvyklé při pasivním přenosu mateřských protilátek (cca 6 měsíců).
3. Izolace viru zarděnek u osob, které nebyly v nedávné době očkované, 1 týden před a maximálně 10 dní po objevení se vyrážky. U KZS lze provádět odběry po celý první rok života, u katarakty až do tří let života. Materiálem pro přímý průkaz viru zarděnek jsou nejlépe výtěry z krku, jinak vzorky krve, moči a cerebrospinální tekutiny, výtěry z nosu. Vzorky musí být odebrány co nejdříve.
4. Detekce nukleové kyseliny viru zarděnek v klinickém vzorku.

Čl. 3.

Epidemiologická kritéria

Epidemiologická souvislost – mezilidský přenos onemocnění, při kterém jeden z případů je laboratorně potvrzený.

U kongenitálního zarděnkového syndromu spočívá epidemiologická souvislost ve vertikálním mezilidském přenosu onemocnění z matky na plod.

Zarděnková infekce je laboratorně prokázána u matky v průběhu těhotenství.

Čl. 4.

Klasifikace případu onemocnění

Zarděnky

- A. Možný: Případ, který splňuje definici klinického případu
- B. Pravděpodobný: Klinicky odpovídající případ, který má epidemiologickou souvislost a/nebo splňuje laboratorní kritéria
- C. Potvrzený: Klinicky odpovídající případ, který je laboratorně potvrzený

Kongenitální zarděnkový syndrom (KZS)

- A. Možný: Dítě mladší jednoho roku, u něhož má diagnostikující lékař podezření na KZS. Diagnostikující lékař vysloví podezření na KZS, pokud má matka dítěte v anamnéze suspektní zarděnky v průběhu těhotenství, a to dokonce i tehdy, pokud dítě nevykazuje žádné známky KZS.
- B. Pravděpodobný: Dítě mladší jednoho roku (i mrtvě narozený plod) bez laboratorního vyšetření nebo s negativním laboratorním vyšetřením nejméně s jedním z

následujících dvou kritérií:

- epidemiologická souvislost a nejméně jedno z klinických kritérií KZS uvedených v článku 1, odstavec 2A,
- splněna klinická kritéria pro KZS,

C. Potvrzený: Mrtvě narozený plod s pozitivním laboratorním nálezem nebo dítě mladší jednoho roku splňující laboratorní kritéria a nejméně jedno z následujících:

- epidemiologická souvislost,
- nejméně jedno z klinických kritérií KZS uvedených v článku 1, odstavec 2A

Poznámka: Dítě s pozitivním laboratorním nálezem bez onemocnění zarděnkami u matky v průběhu těhotenství a bez klinických kritérií KZS uvedených v článku 1, odstavec 2A bude hlášeno jako případ onemocnění zarděnkami.

Čl. 5

Shromažďování údajů a jejich hlášení

Osoba poskytující péči, která diagnostikuje onemocnění zarděnkami nebo KZS, hlásí onemocnění a úmrtí na toto onemocnění.

Čl. 6

Epidemiologické šetření při podezření na výskyt zarděnek a KZS

Lékař, který vyslovil podezření na onemocnění zarděnkami nebo KZS provede odběry biologického materiálu a zajistí jejich transport do vyšetřující laboratoře.

Čl. 7

Protiepidemická opatření v ohnisku onemocnění zarděnkami a KZS

1. Hlášení onemocnění zarděnkami a KZS podle čl. 5.
2. Zajištění odběrů a transportu biologického materiálu nemocného nebo vrozeným zarděnkovým syndromem či vrozenou zarděnkovou infekcí postiženého dítěte k ověření klinické diagnózy v příslušné virologické laboratoři.
3. Izolace nemocného většinou v domácí izolaci.
4. První klinické vyšetření nemocného dítěte z kolektivního zařízení, druhé po uplynutí 3 týdnů.
5. Po dobu 3 týdnů od vyřazení nemocného dítěte se provádí u fyzických osob, které byly v kontaktu s nemocným, lékařský dohled.
6. Po dobu lékařského dohledu se do zařízení přijímají všechny děti s výjimkou dětí oslabených.
7. Děti z rodin, kde se vyskytlo onemocnění zarděnkami, mohou do zařízení docházet.
8. Dítě po přestálém onemocnění zarděnkami je možno přijmout do zařízení po souhlasu ošetřujícího lékaře.
9. V případě KZS zajištění poučení o ochraně fertilních a těhotných žen vnímavých k nákaze zarděnkami v kontaktu s nemocným.

System epidemiologické bdělosti příušnic

Čl. 1

Klinická definice onemocnění

1. Klinický obraz, odpovídající příušnicím, například horečka s akutním nástupem jednostranného nebo oboustranného, na dotyk citlivého, ohraničeného otoku příušních nebo jiných slinných žláz, trvající déle než 2 dny, bez jiných zjevných příčin. Výjimečně může být onemocnění komplikováno orchitidou, meningitidou, pankreatitidou a oophoritidou, velmi vzácně encefalitidou.
2. Období nakažlivosti: ze slin 7 dní před a 9 dní po začátku onemocnění. Inaparentně nemocní mohou být rovněž zdrojem infekce.

Čl. 2

Laboratorní diagnostika

1. Detekce IgM protilátek proti viru příušnic (pokud nebyla imunizace v průběhu předcházejících 6 týdnů).
2. Sérokonverze nebo signifikantní vzestup hladin parotitických IgG protilátek mezi akutním odběrem (vzorek nutno odebrat co nejdříve po prvních příznacích akutní fáze onemocnění) a rekonvalescentním odběrem (odběr s odstupem minimálně 14 dní po prvním odběru) lze prokazovat standardními sérologickými testy (pokud nebyla provedena imunizace v průběhu předcházejících 6 týdnů).
3. Přímý průkaz viru příušnic – izolací ze slin, krve, moči a cerebrospinálního moku, odebraných co nejdříve v akutní fázi onemocnění (pokud nebyla provedena imunizace v průběhu posledních 6 týdnů).
4. Detekce nukleové kyseliny viru příušnic.

Čl. 3.

Epidemiologická kritéria

Epidemiologická souvislost – mezilidský přenos onemocnění, při kterém jeden z případů je laboratorně potvrzený.

Čl. 4

Klasifikace případu onemocnění

- | | |
|-------------------|---|
| A. Možný: | Případ, který splňuje klinickou definici onemocnění. |
| B. Pravděpodobný: | Případ, který splňuje klinickou definici onemocnění a je v epidemiologické souvislosti s potvrzeným případem. |
| C. Potvrzený: | Případ potvrzený výsledkem laboratorního vyšetření nebo případ potvrzený detekováním divokého kmene viru příušnic v případě nedávného očkování. |

Čl. 5**Shromažďování údajů a jejich hlášení**

Osoba poskytující péči, která diagnostikuje onemocnění průšnicemi, hlásí onemocnění a úmrtí na toto onemocnění.

Čl. 6**Epidemiologické šetření při podezření na výskyt průšnic**

Lékař, který vyslovil podezření na onemocnění průšnicemi provede odběry biologického materiálu k laboratornímu průkazu etiologie a zajistí jejich transport do vyšetřující laboratoře.

Čl. 7**Protiepidemická opatření v ohnisku onemocnění průšnicemi**

1. Hlášení onemocnění průšnicemi podle čl. 5.
2. Zajištění odběrů a transportu biologického materiálu nemocného k ověření klinické diagnózy v příslušné virologické laboratoři
3. Izolace pacienta u nekomplikovaných případů doma po dobu 9 dní od začátku onemocnění, hospitalizace dle klinické závažnosti a epidemiologických rizik.
4. První klinické vyšetření nemocného dítěte po jeho vyřazení z kolektivního zařízení, druhé po uplynutí 3 týdnů.
5. Po dobu 3 týdnů od vyřazení nemocného dítěte z kolektivního zařízení se provádí u fyzických osob, které byly v kontaktu s nemocným, lékařský dohled.
6. Po dobu lékařského dohledu se do zařízení přijímají všechny děti s výjimkou oslabených dětí.
7. Děti nevnímavé k nákaze průšnicemi mohou do kolektivního zařízení docházet.
8. Děti nevnímavé k nákaze průšnic z rodin, kde se vyskytlo onemocnění průšnicemi, mohou do zařízení docházet.
9. Dítě vnímavé k nákaze průšnic může do zařízení docházet do 8. dne po prvním styku s nemocným, nejde-li o styk trvalý (při trvalém styku se zastavuje docházka ihned) a od 21. dne po posledním styku s nemocným. Při trvalém styku s nákazou se za poslední den styku považuje 9. den po otoku průšních žláz.
10. Dítě po přestálém onemocnění průšnicemi je možno přijmout do zařízení po souhlasu ošetřujícího lékaře.