

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, způsob 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

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

- a) záškrtu příloha č. 2 k této vyhlášce,
- b) dávivého 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) nákaz 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.
- (2) Rozsah údajů a postup podle § 1 písm. a) až c) dále upravuje při výskytu:
- a) západonilské horečky příloha č. 15 k této vyhlášce,
 - b) enterohemoragickými *Escherichia coli* (EHEC) příloha č. 16 k této vyhlášce,
 - c) virové hepatitidy A příloha č. 17 k této vyhlášce,
 - d) virové hepatitidy B příloha č. 18 k této vyhlášce,
 - e) virové hepatitidy C příloha č. 19 k této vyhlášce,
 - f) chlamydia trachomatis příloha č. 20 k této vyhlášce,
 - g) invazivních pneumokokových onemocnění příloha č. 21 k této vyhlášce,
 - h) kampylobakterií příloha č. 22 k této vyhlášce,
 - i) lymeské borreliózy příloha č. 23 k této vyhlášce,
 - j) pásového oparu příloha č. 24 k této vyhlášce,
 - k) rotavirových infekcí příloha č. 25 k této vyhlášce,
 - l) salmonelózy příloha č. 26 k této vyhlášce,
 - m) získané nebo vrozené syfilis příloha č. 27 k této vyhlášce,
 - n) klíšťové encefalitidy příloha č. 28 k této vyhlášce,
 - o) planých neštovic (varicelly) příloha č. 29 k této vyhlášce,
 - p) virové hepatitidy E příloha č. 30 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 30 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.

Příloha č. 1 k vyhlášce č. 473/2008 Sb.

Infekce, které jsou zahrnuty v systému epidemiologické bdělosti

1. NEMOCI

1.1. Nemoci, jimž lze předcházet očkováním:

Záškrt

Infekce, které vyvolává Haemophilus influenza 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 (Syfilis)

1.3. Virová hepatitida:

Hepatitida A

Hepatitida B

Hepatitida C

Hepatitida E

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

Botulismus

Campylobakteriόza

Kryptosporidiόza

Lamblίa (giardiáza)

Infekce vyvolané E. coli enterohaemorrhagica

Leptospirosis

Listeriόza

Salmonelόza

Shigelόza

Sněť slezinná

Toxoplasmόza

Trichinόza

Yersiniόza

Rotavirové infekce

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

Lymeská borrelióza

Klíšťová encefalitida

1.5.4. Vážné zavlečené nemoci

Cholera

Malárie

Mor

Virové hemorrahgické horečky

1.5.5. Ostatní nemoci

Plané neštovice

Pásový opar

Příloha č. 2 k vyhlášce č. 473/2008 Sb.

Systém epidemiologické 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). Inkubační doba 2 až 5 dnů.

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, 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. Vyšetřující laboratoř zašle každý kmen *C. diphtheriae* a *C. ulcerans* do Národní referenční laboratoře pro pertusi a difterii k dalšímu určování.

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:

Bezpríznakový nosič toxigenního kmene

Čl. 5

Shromažďování údajů a jejich hlášení

Osoba poskytující péči, která diagnostikuje onemocnění záškrtem, hlásí orgánu ochrany veřejného zdraví 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 bezpríznakové 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 orgánu ochrany veřejného zdraví izolaci těchto agens podle jiného právního předpisu²).

Čl. 6

Epidemiologické šetření při podezření na výskyt záškrtu

Osoba poskytující péči¹), která vyslovila 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. Epidemiologické šetření včetně kontroly proočkovanosti zajistí orgán ochrany veřejného zdraví zejména s cílem určit zdroj infekce a cestu přenosu.

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.

Příloha č. 3 k vyhlášce č. 473/2008 Sb.

System epidemiologické bdělosti dávivého kašle

Čl. 1

Klinická definice onemocnění

1. Klinický obraz odpovídající pertusi, tj. kašel trvající minimálně 2 týdny s jedním z následujících příznaků: záchvaty kašle, kokrhavý kašel nebo zvracení po záchvatu kašle bez jiných zjevných příčin nebo apnoická pauza u kojenců. Inkubační doba 7 až 21 dnů.
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 expirací ukončených charakteristickým zajíkvým táhlým inspiriem. Záchvaty kašle 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 kašle. 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.

Čl. 2

Laboratorní diagnostika

1. Průkaz specifické protilátkové odpovědi proti dávivému 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 dávivého kašle 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 prokázaný signifikantní (minimálně 4-násobný) vzestup hladin protilátek (proti pertusi nebo parapertusi) anebo sérokonverze z negativy do positivity.
6. Jakákoli hladina protilátek v jediném vzorku není průkazem akutně probíhajícího onemocnění.
7. Vyšetřující laboratoř zašle každý izolovaný kmen B. pertussis a B. parapertussis k ověření do Národní referenční laboratoře pro pertusi a difterii.

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 orgánu ochrany veřejného zdraví onemocnění dávivým kašlem a úmrtí na toto onemocnění.

Čl. 6

Epidemiologické šetření při podezření na výskyt dávivého kašle

Osoba poskytující péči¹⁾, která vyslovila podezření na onemocnění dávivým kašlem, zajistí odběr klinického vzorku na kultivační nebo PCR vyšetření a provede odběr krve na sérologické vyšetření a zajistí transport biologického materiálu neprodleně do vyšetřující laboratoře; nejméně za 3 týdny provede další odběr krve. Osoba poskytující péči¹⁾ i vyšetřující laboratoř hlásí orgánu ochrany veřejného zdraví výsledky podle čl. 4. Vyšetřující laboratoř zašle každý izolovaný kmen *B. pertussis* a *B. parapertussis* k ověření do Národní referenční laboratoře pro pertusi a difterii. Epidemiologické šetření včetně kontroly proočkovanosti zajistí orgán ochrany veřejného zdraví zejména s cílem určit zdroj infekce a cestu přenosu.

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.

Příloha č. 4 k vyhlášce č. 473/2008 Sb.

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. Inkubační doba 7 až 18 dnů.

2. Období nakažlivosti začíná od prvního dne před začátkem prodromálních příznaků a končí do čtyř dnů po vzniku exantému.

Čl. 2

Laboratorní diagnostika

1. Izolace spalničkového viru z klinického vzorku.
2. Detekce nukleové kyseliny viru spalniček v klinickém vzorku odebraném v akutní fázi onemocnění.
3. Přítomnost specifických protilátek proti spalničkovému viru charakteristických pro akutní infekci v séru nebo ve slinách:
 - a) Detekce IgM protilátek proti viru spalniček u osob, které nebyly v posledních 6 týdnech očkovány.
 - b) Pro možnost průkazu nízkých hodnot falešných spalničkových IgM pozitivit u sporadických zarděnkových případů je nutné vyloučit možné positivity IgM protilátek proti viru zarděnek, parvoviru B19, EBV a HHV6.
4. Průkaz sérokonverze nebo výrazného, několikanásobného vzestupu hladin specifických spalničkových IgG protilátek vyšetřením dvojice sér (akutního a rekonvalescentního) osob, které nebyly v posledních 6 týdnech očkovány.
5. Průkaz vzrůstu hladin preexistujících spalničkových IgG protilátek u reinfekcí.
6. Detekce antigenu spalničkového viru pomocí přímé imuno fluorescence v klinickém vzorku odebraném v akutní fázi onemocnění za použití monoklonálních protilátek specifických pro spalničky.

Ke správné interpretaci laboratorních výsledků je třeba brát v úvahu též klinické a epidemiologické údaje včetně statusu očkování. Pokud bylo v posledních 3 až 6 týdnech provedeno očkování, je nutné zvážit vyšetření na nevakcinální virus.

Izoláty viru spalniček izolované z klinického materiálu jsou zasílány do Národní referenční laboratoře pro spalničky, příušnice, zarděnky a parvovirus B19 k dalšímu určování.

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, který nebyl v nedávné době (3 až 6 týdnů) očkován a je potvrzený výsledkem laboratorního vyšetření.

Čl. 5

Shromažďování údajů a jejich hlášení

Osoba poskytující péči, která diagnostikuje onemocnění spalničkami, hlásí orgánu ochrany veřejného zdraví onemocnění a úmrtí na toto onemocnění, která splňují klinická a laboratorní kritéria. Vzhledem ke globálně probíhající eradikaci spalniček je třeba identifikovat importovaná onemocnění a jejich epidemiologickou souvislost.

Čl. 6

Epidemiologické šetření při podezření na výskyt spalniček

Osoba poskytující péči¹⁾, která vyslovila 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. Příklad se uzavře až po vyšetření touto laboratoří. Epidemiologické šetření včetně kontroly proočkovanosti zajistí orgán ochrany veřejného zdraví zejména s cílem určit zdroj infekce a cestu přenosu.

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. Osoba poskytující péči¹⁾ zajistí podání normálního lidského imunoglobulinu (NLIG) dětem do 15 měsíců věku (neočkovaným), osobám s trvalou kontraindikací, těhotným ženám a osobám s imunosupresí, které byly v kontaktu s možným, pravděpodobným nebo potvrzeným případem spalniček, a to dle souhrnu údajů o přípravku.
7. Osoba poskytující péči¹⁾ zajistí 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 naze spalničkami, které byly v přímém kontaktu, a u kterých uplynuly více než 3 dny od posledního styku s nemocným, se provádí lékařský dohled; lékařský dohled trvá po dobu maximální inkubační doby (21 dní).
9. Vnímavé děti, které byly v kontaktu se spalničkami, se přijímají do kolektivu nejdříve po uplynutí 21 dní.

Příloha č. 5 k vyhlášce č. 473/2008 Sb.

**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 nebo ve formě akutní respirační infekce. Inkubační doba 1 až 4 dny.
 - 1.1. Chřipce podobné onemocnění (ILI) je charakterizováno následujícími klinickými příznaky:
 - a) náhlý nástup nemoci, a současně
 - b) nejméně jedním z celkových symptomů, mezi které patří horečka nebo zimnice, nevolnost, bolest hlavy, bolest svalů, a současně
 - c) nejméně jedním z následujících respiračních symptomů, mezi které patří kašel, pálení v krku, dechová nedostatečnost.
 - 1.2. Akutní respirační infekce (ARI) je charakterizována následujícími klinickými příznaky:
 - a) náhlý nástup nemoci, a současně
 - b) nejméně jedním z následujících respiračních symptomů, mezi které patří kašel, pálení v krku, dechová nedostatečnost, rýma.
2. Období nakažlivosti je u dospělých osob v prvním až pátém dni onemocnění. U osob imunosuprimovaných a u dětí může být období nakažlivosti až do desátého dne onemocnění.

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 bronchoalveolární 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

Shromažďování 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, zejména s nezvyklým průběhem v časové a místní souvislosti. 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. Osoba poskytující péči¹) ve spolupráci s místně příslušným orgánem ochrany veřejného zdraví 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 osoba poskytující péči¹).
- 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.

Příloha č. 6 k vyhlášce č. 473/2008 Sb.

**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. Inkubační doba 2 až 7 dnů, výjimečně až 10 dnů.
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*. Odběr na kulturační vyšetření se provede před nasazením antibiotické terapie.
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 orgánu ochrany veřejného zdraví 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

Osoba poskytující péči¹⁾, která vyslovila podezření na invazivní meningokokové onemocnění, provede odběr biologického materiálu k laboratornímu průkazu etiologie a zajistí jeho transport do vyšetřující laboratoře, která izoláty předá do Národní referenční laboratoře pro meningokokové nákazy k dalšímu určování. Národní referenční laboratoř pro antibiotika zajišťuje sledování antibiotické rezistence. Epidemiologické šetření zajistí orgán ochrany veřejného zdraví zejména s cílem zjistit zdroj infekce.

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) zahájí osoba poskytující péči¹⁾ ihned protektivní chemoterapii.
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.

Příloha č. 7 k vyhlášce č. 473/2008 Sb.

**Systém epidemiologické bdělosti invazivních onemocnění
způsobených *Haemophilus influenzae* b a non-b****Čl. 1****Klinická definice onemocnění**

Klinický obraz odpovídající invazivnímu onemocnění, tj. meningitida, epiglotitida, 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. Inkubační doba 2 až 4 dny.

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* až do úrovně species *H. influenzae* a typů nezbytné. Kmeny *H. influenzae* izolované z klinického materiálu, který je za normálních podmínek sterilní, nebo z tělních tekutin, získaných z klinických projevů podle článku 1, jsou zasílány do Národní referenční laboratoře pro hemofilové nákazy k dalšímu určování. Národní referenční laboratoř pro antibiotika zjiřtuje rezistenci vůči antibiotikům. Odběry biologického materiálu na kultivační vyšetření je nutné provést před nasazením ATB terapie.

Čl. 3**Epidemiologická kritéria**

Nejsou definována.

Čl. 4**Klasifikace případu onemocnění**

- A. Možný: Případ s klinickou epiglotitidou 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 *H. influenzae*.
- C. Potvrzený: Případ potvrzený pozitivním výsledkem kultivačního vyšetření a/nebo detekcí nukleové kyseliny *H. influenzae* z výše uvedeného klinického materiálu.

Čl. 5

Shromažďování údajů a jejich hlášení

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

Čl. 6

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

Osoba poskytující péči¹⁾, která vyslovila podezření na invazivní onemocnění způsobené *H. influenzae* provede odběr biologického materiálu na laboratorní průkaz etiologie a zajistí jeho transport do vyšetřující laboratoře, která izoláty předá Národní referenční laboratoři pro hemofilové nákazy k dalšímu určování. Národní referenční laboratoř pro antibiotika zajišťuje sledování antibiotické rezistence. Epidemiologické šetření včetně kontroly proočkovanosti zajistí orgán ochrany veřejného zdraví zejména s cílem určit zdroj infekce.

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.
5. Do dětských předškolních zařízení se nepřijímají vnímavé děti k nálezům způsobeným *H. influenzae* po dobu maximální inkubační doby od vyřazení nemocného dítěte.

Příloha č. 8 k vyhlášce č. 473/2008 Sb.

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 positivity.

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 blottingové 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 případech 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

Osoba poskytující péči¹⁾, která vyslovila podezření na nákazu HIV/AIDS, provede odběr krve na vyšetření přítomnosti protilátek. Epidemiologické šetření zajistí osoba poskytující péči¹⁾ nebo orgán ochrany veřejného zdraví zejména s cílem určit zdroj infekce a cestu přenosu.

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.
3. Osoba poskytující péči¹⁾ zajistí vyšetření osob, které se poranily o použitou injekční jehlu, podle uvedené tabulky.

VYŠETŘENÍ	Do 72 hodin po poranění	Za 90 dnů po poranění	Za 180 dnů po poranění
Virová hepatitida B	Ano*	Ano	Ano
Virová hepatitida C	Ano	Ano	Ano
HIV	Ano	Ano	Ne

* U poraněných osob s prokázaným ochranným titrem anti HBs po očkování nebo prožití nákazy se další vyšetřování markerů VHB ukončí.

Při negativním výsledku markerů HBsAg, anti HCV a anti HIV u potenciálního zdroje, pokud je známý, se sledování poraněné osoby ukončí.

Součástí vyšetření je i zjištění subjektivních potíží a klinických příznaků, které mohou souviset s onemocněním virovou hepatitidou a laboratorní vyšetření aktivity aminotransferáz.

Událost se vždy zaznamená do zdravotní dokumentace poraněné osoby.

Příloha č. 9 k vyhlášce č. 473/2008 Sb.

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 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.

U izolovaných kmenů *Mycobacterium tuberculosis* jsou výsledky testů citlivosti na antituberkulotika potvrzeny v Národní referenční laboratoři pro mykobakterie. K vyloučení nebo potvrzení multirezistentní nebo extenzivně rezistentní tuberkulózy provádějí mykobakteriologické laboratoře izolaci *M. tuberculosis* a testy citlivosti i u kmenů izolovaných ze sekčního materiálu nebo u kmenů izolovaných ze vzorků klinického materiálu osob, které v průběhu provádění laboratorních testů zemřely.

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, vylučující ve sputu nebo v jiném materiálu bacily komplexu *M. tuberculosis*, prokázané kultivačně a zejména kultivačně a mikroskopicky.

1.2. Případ s důvodným podezřením na onemocnění infekční formou TBC:

1.2.1. osoba s nálezem svědčícím pro aktivní plicní TBC (rtg nález, histologie apod.), u které výsledky kultivace sputa nebo jiného materiálu nejsou dosud uzavřeny, nebo

1.2.2. osoba s nálezem svědčícím pro aktivní plicní TBC, u které materiál pro bakteriologické vyšetření nebyl získán, nebo

1.2.3. osoba s nálezem svědčícím pro aktivní pouze mimoplicní TBC, u které je důvodné podezření na vylučování tuberkulózních bacilů v tělesných sekretech nebo exkretech do vnějšího prostředí.

1.3. Případ s neprokázanou infekčností:

1.3.1. osoba s nálezem svědčícím pro aktivní plicní TBC s uzavřeným mykobakteriologickým vyšetřením s negativním výsledkem.

1.4. Případ s nepravděpodobnou infekčností:

1.4.1. osoba s nálezem svědčícím pro aktivní pouze mimoplicní TBC kromě situace uvedené v bodě 1.1.1. a 1.2.3.

2. Klasifikace podle lokalizace onemocnění.

2.1 Plicní tuberkulóza:

Tuberkulóza plicního parenchymu nebo tracheo-bronchiálního stromu nebo hrtanu.

2.2 Mimoplicní tuberkulóza:

Tuberkulóza jakékoliv lokalizace jiné než uvedené v bodě 2.1, včetně tuberkulózy pleury a nitrohrudních mízních uzlin bez postižení plicního parenchymu.

2.3 Diseminovaná tuberkulóza je klasifikována jako plicní tuberkulóza, je-li postižen plicní parenchym nebo tracheo-bronchiální strom nebo hrtan, v ostatních případech je klasifikována jako mimoplicní tuberkulóza.

2.4 Tuberkulóza dýchacího ústrojí:

Plicní tuberkulóza nebo tuberkulóza pleury nebo tuberkulóza nitrohrudních 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 orgánu ochrany veřejného zdraví onemocnění tuberkulózou. V ostatních případech, kdy léčba není zahájena, hlásí onemocnění tuberkulózou lékař, který onemocnění diagnostikuje. Úmrtí na tuberkulózu hlásí osoba poskytující péči¹).

Čl. 6

Epidemiologické šetření při podezření na výskyt tuberkulózy

1. Osoba poskytující péči¹), která vyslovila podezření na onemocnění infekční formou tuberkulózy provede anamnestické, klinické a rentgenologické vyšetření a zajistí převoz do lůžkového zařízení, které pacienta izoluje. Dále zajistí epidemiologické šetření zejména s cílem určit zdroj infekce a cestu přenosu. V případech infekční formy TBC onemocnění, zejména mikroskopicky pozitivních, s rozsahem ohniska přesahujícím rodinné kontakty, spolupracuje úzce při epidemiologickém šetření s orgánem ochrany veřejného zdraví.
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.

Příloha č. 10 k vyhlášce č. 473/2008 Sb.

Systém epidemiologické bdělosti legionelózy

Čl. 1

Klinická definice legionelózy

1. Legionářská nemoc – akutní onemocnění dolních cest dýchacích s příznaky pneumonie diagnostikované klinicky, rentgenologicky, laboratorně. Inkubační doba 2 až 10 dnů.
2. Pontická horečka – akutní legionelová infekce bez postižení dolních cest dýchacích. Inkubační doba 1 až 2 dny.

Čl. 2

Laboratorní diagnostika

Nejméně jedno z těchto kritérií:

1. Přímý průkaz antigenu v moči.
2. Průkaz specifických protilátek v séru.
3. Přímá detekce mikroba v respiračních sekretech.
4. Kultivace na selektivních půdách.
5. Typizace kmenů zaslaných do Národní referenční laboratoře pro legionely pomocí sekvenace.

Čl. 3

Epidemiologická kritéria

Expozice stejnému společnému rezervoáru jako u potvrzeného případu.

Čl. 4

Klasifikace případu onemocnění

- A. Možný: Nelze použít.
- B. Pravděpodobný: Splňuje výše uvedenou klinickou definici onemocnění, epidemiologické kritérium a nejméně jedno z následujících laboratorních kritérií:
 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 agens v respiračních sekretech a plicní tkáni pomocí přímé fluorescence s monoklonálními protilátkami;
 4. průkaz legionel v biologickém materiálu molekulárně biologickými akreditovanými metodami (PCR).
- C. Potvrzený: Splňuje výše uvedenou klinickou definici onemocnění a jedno nebo více z následujících laboratorních kritérií:
 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 validovanou diagnostickou soupravou.

Další klasifikace legionelóz pro účely národního systému epidemiologické bdělosti:

- a. Nozokomiální legionelózy – pacient se nakazil ve zdravotnickém zařízení.
- b. Cestovní legionelózy – pacient se nakazil při jednodenním nebo vícedenním pobytu v hotelu nebo jiném zařízení hromadného ubytování v ČR nebo v zahraničí, kde pobýval 2 až 10 dnů před objevením se klinických příznaků onemocnění.
- c. Profesionální legionelózy – nákazy, k nimž došlo při výkonu práce.
- d. Komunitní legionelózy – nákazy z ostatních rezervoárů.
- e. Jiné.

Čl. 5

Shromažďování údajů a jejich hlášení

Osoba poskytující péči¹⁾, která diagnostikuje onemocnění legionelózou, neprodleně hlásí orgánu ochrany veřejného zdraví onemocnění a úmrtí na toto onemocnění.

Čl. 6

Epidemiologické šetření při podezření na výskyt legionelózy

Osoba poskytující péči¹⁾, která vyslovila podezření na onemocnění legionelózou, provede odběry biologického materiálu (bronchoalveolární laváž, sputum nebo pleurální výpotek, moč, krev, případně další tělní tekutiny, v případě úmrtí část ze zasaženého ložiska plicní tkáně) k laboratornímu průkazu etiologie a zajistí jejich transport do vyšetřující laboratoře. Vykultivované kmeny, případně odebraný biologický materiál, předá laboratoř do Národní referenční laboratoře pro legionely k identifikaci a typizaci nebo zpracování. Epidemiologické šetření zajistí orgán ochrany veřejného zdraví, zejména s cílem určit rezervoár infekce a cestu přenosu.

Čl. 7

Protiepidemická opatření v ohnisku onemocnění legionelózou

1. Hlášení onemocnění legionelózou podle článku 5.
2. Zajištění odběru biologického materiálu k ověření diagnózy, jeho transport do příslušné laboratoře.
3. Epidemiologické šetření v ohnisku nákazy včetně vymezení dalších ohrožených osob, prověření cestovní anamnézy, odběrů vzorků vod z technických zařízení, návrhu na technickou revizi.

Příloha č. 11 k vyhlášce č. 473/2008 Sb.

**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 senzorických 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 neimportovaný (domácí);
 - 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 paralýz 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 diferenciaci – 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 diferenciaci provedená WHO akreditovanou laboratoří (pro VDPV >1% až 15% VP1 sekvenční rozdíl ve srovnání s vakcinálním virem stejného typu)

Izoláty polioviru izolované z klinického materiálu jsou zasílány do Národní referenční laboratoře pro enteroviry k dalšímu určování.

Čl. 3.

Epidemiologická kritéria

Alespoň jedno z 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“).

Čl. 5

Shromažďování údajů a jejich hlášení

Osoba poskytující péči, která diagnostikuje onemocnění poliomyelitidou hlásí orgánu ochrany veřejného zdraví onemocnění a úmrtí na toto onemocnění. V rámci systému epidemiologické bdělosti poliomyelitidy se hlásí a prošetřují také případy akutních chabých paréz do 15 let věku.

Čl. 6

Epidemiologické šetření při podezření na výskyt poliomyelitidy

Osoba poskytující péči¹⁾, která vyslovila 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. Epidemiologické šetření včetně kontroly proočkovanosti zajistí orgán ochrany veřejného zdraví, zejména s cílem určit zdroj infekce a cestu přenosu.

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. Lékařský dohled po dobu 35 dnů od posledního kontaktu s potvrzeným případem paralytické poliomyelitidy. U osob vykonávajících činnosti epidemiologicky závažné je nařízen zvýšený zdravotnický dozor po dobu 6 týdnů od posledního kontaktu s potvrzeným případem paralytické poliomyelitidy.

Příloha č. 12 k vyhlášce č. 473/2008 Sb.

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).

Inkubační doba 3 až 21 dnů.

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. Vyšetřující laboratoř zašle každý izolovaný kmen *C. tetani* do Národní referenční laboratoře pro tetanus.

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 orgánu ochrany veřejného zdraví toto onemocnění a úmrtí na toto onemocnění.

Čl. 6

Epidemiologické šetření při podezření na výskyt tetanu

Osoba poskytující péči¹⁾, která vyslovila 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. Epidemiologické šetření včetně kontroly proočkovanosti zajistí orgán ochrany veřejného zdraví, zejména s cílem určit cestu přenosu.

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. Inkubační doba 14 až 21 dnů.

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 duče, 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, žloutenka 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. Kritéria pro potvrzený případ zarděnek:

- a. Izolace viru zarděnek u osob, které nebyly v posledních 6 týdnech očkovány, 1 týden před a maximálně 1 týden po objevení se vyrážky. 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.
 - b. Detekce nukleové kyseliny nevakcinálního viru zarděnek v klinickém vzorku, odebraném v akutní fázi onemocnění.
 - c. Průkaz sérokonverze nebo výrazného, několásobného vzestupu hladin specifických zarděnkových IgG protilátek vyšetřením dvojice vzorků sér nebo slin u osob, které nebyly v posledních 6 týdnech očkovány. Průkaz vzrůstu hladin již existujících zarděnkových IgG protilátek u reinfekcí.
2. Kritéria pro pravděpodobný případ zarděnek:
- Detekce IgM protilátek proti viru zarděnek u osob, které nebyly v posledních 6 týdnech očkovány.
- V případě podezření na zarděnky v těhotenství je nutné další potvrzení pozitivními výsledky testu na IgM (např. specifický test avidity protilátek IgG proti viru zarděnek prokazující nízkou aviditu).
3. Kritéria pro kongenitální zarděnkový syndrom (KZS):
- a. Izolace viru zarděnek z klinického vzorku.
 - b. Detekce nukleové kyseliny viru zarděnek.
 - c. Přítomnost specifických protilátek IgM proti viru zarděnek.
 - d. Přetrvávání protilátek IgG proti viru zarděnek mezi šestým a dvanáctým měsícem věku (nejméně 2 vzorky s podobnou koncentrací protilátek IgG proti viru zarděnek).
- Izoláty viru zarděnek izolované z klinického materiálu jsou zasílány do Národní referenční laboratoře pro spalničky, příušnice, zarděnky a parvovirus B19 k dalšímu určování.

Č.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 suspekt

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 orgánu ochrany veřejného zdraví onemocnění a úmrtí na toto onemocnění.

Čl. 6

Epidemiologické šetření při podezření na výskyt zarděnek a KZS

Osoba poskytující péči¹⁾, která vyslovila podezření na onemocnění zarděnkami nebo KZS provede odběry biologického materiálu a zajistí jejich transport do vyšetřující laboratoře. Epidemiologické šetření včetně kontroly proočkovanosti zajistí orgán ochrany veřejného zdraví.

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 fertálních a těhotných žen vnímavých k nákaze zarděnkami v kontaktu s nemocným.

Příloha č. 14 k vyhlášce č. 473/2008 Sb.

Systém 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. Inkubační doba 16 až 18 dnů.
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. Přímý průkaz nevakcinálního kmene viru příušnic izolací z klinického vzorku, odebraného v akutní fázi onemocnění.
2. Detekce nukleové kyseliny nevakcinálního kmene viru příušnic v klinickém vzorku, odebraném v akutní fázi onemocnění.
3. Detekce IgM protilátek proti viru příušnic u osob, které nebyly v posledních 6 týdnech očkovány.
4. Průkaz sérokonverze nebo výrazného, několikanásobného vzestupu hladin specifických parotitických IgG protilátek vyšetřením dvojice vzorků sér nebo slin osob, které nebyly v posledních 6 týdnech očkovány.
5. Průkaz vzrůstu hladin již existujících parotitických IgG protilátek u reinfekcí.
6. Detekce antigenu nevakcinálního kmene viru příušnic (DFA) pomocí specifických parotitických monoklonálních protilátek v klinickém vzorku, odebraném v akutní fázi onemocnění.

Ke správné interpretaci laboratorních výsledků je třeba brát v úvahu též klinické a epidemiologické údaje včetně statusu očkování.

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 příušnicemi, hlásí orgánu ochrany veřejného zdraví onemocnění a úmrtí na toto onemocnění.

Čl. 6

Epidemiologické šetření při podezření na výskyt příušnic

Osoba poskytující péči¹⁾, která vyslovila podezření na onemocnění příušnicemi provede odběry biologického materiálu k laboratornímu průkazu etiologie a zajistí jejich transport do vyšetřující laboratoře.

Čl. 7

Protiepidemická opatření v ohnisku onemocnění příušnicemi

1. Hlášení onemocnění příušnicemi 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 příušnicemi mohou do kolektivního zařízení docházet.
8. Děti nevnímavé k nákaze příušnic z rodin, kde se vyskytlo onemocnění příušnicemi, mohou do zařízení docházet.
9. Dítě vnímavé k nákaze příušnic 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 příušních žláz.
10. Dítě po přestálém onemocnění příušnicemi je možno přijmout do zařízení po souhlasu ošetřujícího lékaře.

Příloha č. 15 k vyhlášce č. 473/2008 Sb.

System epidemiologické bdělosti nákaz vyvolaných virem západonilské horečky (dále jen „WNV“)

Čl. 1

Klinická definice onemocnění

1. Klinický obraz odpovídající horečnatému onemocnění s neurologickými příznaky, v rozsahu od silných bolestí hlavy a svalů po aseptickou meningitidu nebo encefalitidu, s inkubační dobou 2

až 6 dní, v maximálním rozmezí 2-15 dní, po expozici, která je podmíněna poštípáním komáry, vzácně přísátím klíštěte rodu *Hyalomma*, nebo přenosem původce z člověka na člověka transplantací, transfúzí nebo transplacentárně. Jiný přenos WNV z člověka na člověka než přenos krví a tkáněmi není považován za reálný.

Většina nákaz probíhá inaparentně, přibližně 20 % případů se manifestuje makulopapulózní vyrážkou a lymfadenopatií, postižení centrálního nervového systému bývá u méně než 1 % klinicky manifestních nákaz. Při typickém průběhu onemocnění trvá 2 až 7 dní.

2. Viremie dosahuje vrcholu v době objevení se prvních příznaků, během následujících 4 až 6 dní dochází k postupnému snižování koncentrací viru na nevýznamné hodnoty. Předpokládá se, že imunita po překonání nákazy trvá celoživotně, byl však prokázán postupný pokles titru specifických ochranných protilátek.

Čl. 2

Laboratorní diagnostika

1. Průkaz specifické protilátkové odpovědi (sérum, likvor).
2. Detekce nukleové kyseliny v krvi nebo likvoru.

Laboratorní kritéria pro pravděpodobný případ:

1. Stanovení IgM protilátek proti WNV v séru ELISA testem.
2. Stanovení IgG protilátek proti WNV v séru ELISA testem.
3. Stanovení protilátek proti WNV v séru testem inhibice hemaglutinace HIT.

Laboratorní kritéria pro potvrzený případ:

1. Průkaz přítomnosti specifických protilátek IgM proti WNV v mozkomíšním moku.
2. Izolace WNV z krve nebo mozkomíšního moku.
3. Detekce nukleové kyseliny WNV v krvi nebo mozkomíšním moku.
4. Pozitivní virus neutralizační test.

Odebraný biologický materiál (sérum případně likvor) zašle příslušné zdravotnické zařízení do Národní referenční laboratoře pro arboviry.

Laboratorní výsledky je nutno interpretovat vždy podle stavu případného očkování proti některým nákazám vyvolaným jinými flaviviry, případně vyloučit recentní onemocnění uvedenými infekcemi (klíšťová encefalitida, žlutá zimnice, japonská B encefalitida, dengue).

Čl. 3

Epidemiologická kritéria

Nejméně jedna z následujících epidemiologických souvislostí:

1. Přenos ze zvířete na člověka (pobyt, návštěva nebo expozice poštípání komárem v oblasti s endemickým výskytem WNV u koní a ptáků, nebo míst s extrémním přemnožením komárů, zejména v souvislosti se záplavami, výjimečně přenos přísátím klíštěte)
2. Přenos z člověka na člověka (transplantace, transfúze krve, nebo transplacentárně).

Čl. 4

Klasifikace případu onemocnění

- A. Možný: Nelze použít.
- B. Pravděpodobný: Každá osoba splňující klinická kritéria a nejméně jedna z těchto dvou situací:

1. epidemiologická souvislost,
 2. nejméně jedno z laboratorních kritérií pro pravděpodobný případ.
- C. Potvrzený: Každá osoba splňující klinická kritéria a nejméně jedno z laboratorních kritérií pro potvrzený případ.

Čl. 5

Shromažďování údajů a jejich hlášení

1. Osoba poskytující péči,¹⁾ která diagnostikuje nákazu WNV, podle kritérií v člancích 1 až 3, hlásí orgánu ochrany veřejného zdraví potvrzené a pravděpodobné případy onemocnění nebo úmrtí na toto onemocnění. S ohledem na globální změny geografické distribuce vektoru nákazy je třeba důsledně zjišťovat a hlásit údaje, které se vztahují k relevantní cestovatelské anamnéze postižené osoby a dále údaje, které mohou mít vztah k případnému mezilidskému přenosu původce nákazy (transplantace, transfúze, nebo transplacentární přenos).
2. Místně příslušný orgán ochrany veřejného zdraví zajistí neprodlené předání informací o potvrzeném případě nákazy WNV všem spádovým pracovištím transfúzní služby předem dohodnutým způsobem a zároveň informuje Ministerstvo zdravotnictví.
3. Ministerstvo zdravotnictví zajistí na základě zpráv, které obdrží cestou systému rychlého varování Evropské komise (EWRS) a prostřednictvím dalších obdobných systémů, předávání informací o aktuální epidemiologické situaci ve výskytu humánních případů nákazy WNV v zahraničí, všem pracovištím transfúzní služby a orgánům ochrany veřejného zdraví v ČR.

Čl. 6

Činnost zařízení transfúzní služby

Zařízení transfúzní služby zajistí:

- a) vyloučení z dárcovství plné krve a krevních složek u všech osob, které pobývaly v oblasti s probíhajícím přenosem WNV na lidi, a to po dobu 28 dnů po opuštění takové oblasti³⁾;
- b) v indikovaných případech vyšetření vytipovaných vzorků krve a krevních složek na přítomnost nukleových kyselin WNV.

Čl. 7

Epidemiologické šetření při podezření na výskyt nákazy WNV

Osoba poskytující péči,¹⁾ která vyslovila podezření na nákazu WNV, provede odběr biologického materiálu k laboratornímu průkazu etiologického agens a zajistí transport odebraného materiálu do Národní referenční laboratoře pro arboviry. Národní referenční laboratoř pro arboviry ohlásí výsledky podle dohody písemně nebo telefonicky osobě poskytující péči¹⁾ a příslušnému protiepidemickému oddělení orgánu ochrany veřejného zdraví.

Čl. 8

Protiepidemická opatření v ohnisku nákazy WNV

1. Hlášení onemocnění WNV podle článku 5.
2. Zajištění odběru biologického materiálu k ověření diagnózy a jeho transport do Národní referenční laboratoře pro arboviry.

3. Protiepidemická opatření v rozsahu článků 2, 5, 6 a 7 se provádějí při výskytu nebo na základě podezření u všech případů nákazy WNV.

Příloha č. 16 k vyhlášce č. 473/2008 Sb.

Systém epidemiologické bdělosti infekcí vyvolaných enterohemoragickými *Escherichia coli* (dále jen „EHEC“)

Čl. 1

Klinická definice onemocnění

1. Klinický obraz odpovídající infekci EHEC, to je průjem, často krvavý, a břišní křeče, obvykle bez teploty nebo pouze s nízkou teplotou (nižší než 38 °C). Onemocnění může být komplikováno hemolyticko-uremickým syndromem (HUS, dg. D59.3). V patogenезi EHEC infekcí mají hlavní úlohu Shiga toxiny (Verotoxiny): Shiga toxin 1 (Stx1) a Shiga toxin 2 (Stx2).
2. Inkubační doba onemocnění je 2 až 8 dní. Záleží na velikosti infekční dávky, která je velmi nízká (u kmenů O157:H7 se udává 10-100 bakterií), na věku a na vnímavosti jedince. Nejrizikovější skupiny nemocných jsou děti do 5 let a osoby starší nad 60 let.
3. Onemocnění trvá u lehčích případů 5 až 6 dní, v případě systémových komplikací onemocnění (HUS) onemocnění trvá až řadu týdnů.

Čl. 2

Laboratorní diagnostika

1. Izolace a sérotypizace kmenů *Escherichia coli* (sklíčková aglutinace O, H antigenů).
2. Průkaz Shiga (Verotoxinů) (latexová aglutinace, ELISA a jiné).
3. Detekce genů kódujících produkci Shiga toxinů 1 a 2 a jejich subtypizace.
4. Zjištění dalších faktorů virulence kmenů EHEC: detekce genů pro adhezín intimin (*eae*) a EHEC hemolysin (EHEC-hlyA) metodou PCR.
5. Konfirmace O a H antigenů genetickými metodami.
6. Metoda restriční analýzy (PFGE) ke genetickému zjištění shodných kmenů v epidemiologické souvislosti.
7. Imunologické stanovení protilátek lipopolysacharid (LPS) v séru nemocných metodami immunoblotting, pasivní hemaglutinace, ELISA.

Vyšetření se provádí ze vzorku stolice hned na počátku onemocnění, jinak pravděpodobnost nálezu etiologického agens v materiálu rychle klesá. V případě neúspěchu klasické kultivace je ve vybraných laboratořích (Národní referenční laboratoř pro *Escherichia coli* a shigely) vhodné použít metodu imunomagnetické separace pro záchyt kmene EHEC ze stolice, která pro toto vyšetření musí být uchovávána při teplotě mínus 70 °C.

Čl. 3

Epidemiologická kritéria

Nejméně jedna z těchto epidemiologických souvislostí:

1. Přenos z člověka na člověka
2. Expozice společnému zdroji
3. Přenos ze zvířete na člověka
4. Expozice kontaminovaným potravinám nebo pitné vodě

Čl. 4

Klasifikace případu onemocnění

- A. Možný: Nelze použít.
- B. Pravděpodobný: Příklad s klinickými příznaky, který má epidemiologickou souvislost, případně laboratorně potvrzený izolát bez klinických příznaků onemocnění.
- C. Potvrzený: Klinicky odpovídající případ, který je laboratorně potvrzený izolací kmene EHEC.

Čl. 5

Shromažďování údajů a jejich hlášení

Osoba poskytující péči,¹⁾ která diagnostikuje onemocnění EHEC, podle kritérií v článcích 1 až 3, hlásí orgánu ochrany veřejného zdraví pravděpodobný nebo potvrzený případ onemocnění EHEC nebo úmrtí na toto onemocnění.

Čl. 6

Epidemiologická šetření při podezření na výskyt EHEC

1. Osoba poskytující péči,¹⁾ která vyslovila podezření na onemocnění EHEC, zajistí odběr stolice a její okamžitý transport do vyšetřující mikrobiologické laboratoře. Mikrobiologická laboratoř ohlásí výsledky osobě poskytující péči¹⁾ a příslušnému protiepidemickému oddělení orgánu ochrany veřejného zdraví. Při záchytu suspektních kmenů EHEC, zejména séroskupiny O157, O26, O111, O103 a O145, laboratoř okamžitě odešle kmeny do Národní referenční laboratoře pro *Escherichia coli* a shigely Státního zdravotního ústavu. Národní referenční laboratoř provede confirmaci kmenů, detekci Shiga toxinů i dalších faktorů virulence EHEC a zpětně hlásí výsledky ošetřujícímu lékaři, příslušnému protiepidemickému oddělení orgánu ochrany veřejného zdraví a mikrobiologické laboratoři.
2. Příslušné protiepidemické oddělení orgánu ochrany veřejného zdraví zajistí u všech případů epidemiologické šetření. Šetření je zaměřeno především na detailní pátrání po zdroji nákazy, cestě přenosu nákazy a po dalších případech v ohnisku, na klinickou formu onemocnění a případné úmrtí, na ověření řádného provedení odběru biologického materiálu na laboratorní průkaz etiologie, případně na aktivní zajištění odběrů biologického materiálu. Tato šetření musí být zahájena okamžitě po průkazu EHEC infekce u prvního případu (index case).

Čl. 7

Protiepidemická opatření v ohnisku onemocnění EHEC

1. Hlášení onemocnění EHEC podle článku 5.
2. Zajištění odběru biologického materiálu na laboratorní vyšetření.
3. Izolace nemocného, v těžších případech nutná hospitalizace podle jiného právního předpisu.⁴⁾
4. Aktivní vyhledávání všech kontaktů a mikrobiologické vyšetření jejich vzorku stolice, s požadavkem sérotypizace *Escherichia coli*. U kmenů sérotypově shodných s původcem onemocnění zajistit vyšetření produkce Shiga toxinů.

5. Důsledné dodržování hygienických opatření v potravinářské výrobě ve spolupráci s orgány Státní veterinární správy, včetně dodržování technologie výroby a správné výrobní praxe.
6. Spolupráce s orgány Státní veterinární správy a Státní zemědělské a potravinářské inspekce při dohledávání vehikula nákazy.

Příloha č. 17 k vyhlášce č. 473/2008 Sb.

**System epidemiologické bdělosti virové
hepatitidy A (dále jen „VHA“)**

Čl. 1

Klinická definice onemocnění

1. Klinický obraz odpovídající VHA: postupný rozvoj příznaků, zejména únavy, bolesti břicha, ztráty chuti k jídlu, občasné nevolnosti a zvracení, společně s příznakem horečky, nebo žloutenky, nebo zvýšené hladiny sérové aminotransferázy. Inkubační doba 15 až 50 dnů.
2. Období nakažlivosti: Ve stolici je virus přítomen 1 až 2 týdny před počátkem onemocnění a 1 až 3 týdny po začátku onemocnění. V krvi je virus přítomen v druhé polovině inkubační doby a na začátku onemocnění.

Čl. 2

Laboratorní diagnostika

Nejméně jedno z těchto kritérií:

1. Detekce specifických protilátek IgM proti VHA.
2. Detekce nukleové kyseliny VHA v séru, plasmě, nebo ve stolici.
3. Detekce antigenu VHA ve stolici.

Čl. 3

Epidemiologická kritéria

Nejméně jedna z těchto epidemiologických souvislostí:

1. Přenos z člověka na člověka
2. Expozice společnému zdroji
3. Expozice kontaminovaným potravinám nebo pitné vodě

Čl. 4

Klasifikace případu onemocnění

- A. Možný: Nelze použít.
- B. Pravděpodobný: Každá osoba splňující klinická kritéria s epidemiologickou souvislostí.
- C. Potvrzený: Každá osoba splňující klinická a laboratorní kritéria.

Čl. 5

Shromažďování údajů a jejich hlášení

Osoba poskytující péči,¹⁾ která diagnostikuje onemocnění VHA, hlásí orgánu ochrany veřejného zdraví potvrzený případ onemocnění a úmrtí na toto onemocnění.

Čl. 6

Epidemiologické šetření při podezření na výskyt VHA

Osoba poskytující péči,¹⁾ která vyslovila podezření na onemocnění VHA, provede odběr biologického materiálu k laboratornímu průkazu onemocnění a zajistí jeho transport do vyšetřující laboratoře. Epidemiologické šetření zajistí orgán ochrany veřejného zdraví, zejména s cílem určit zdroj infekce a cestu přenosu.

Čl. 7

Protiepidemická opatření v ohnisku onemocnění VHA

1. Hlášení onemocnění VHA podle článku 5.
2. Zajištění odběrů a transportu biologického materiálu pacienta a kontaktů k ověření diagnózy v příslušné laboratoři.
3. Izolace nemocného, nebo z nemoci podezřelého, na infekčním oddělení podle jiného právního²⁾.
4. U osob, které byly v kontaktu s nemocným, se provádí lékařský dohled v délce 50 dnů od posledního kontaktu.
5. Příjem nových osob do kolektivů dětí předškolního a školního věku je zakázán v době provádění lékařského dohledu pro výskyt VHA podle posouzení místně příslušného orgánu ochrany veřejného zdraví.
6. Osoby v kontaktu s VHA vykonávající činnosti epidemiologicky závažné, se vyloučí z těchto činností uložením zvýšeného zdravotnického dozoru na dobu 50 dnů od posledního kontaktu s nemocným.
7. Omezení uvedená v odstavci 4, 5 a 6 se nevztahují na osoby, u nichž byla prokázána přítomnost celkových protilátek a současně negativita na specifické protilátky IgM proti viru VHA a na osoby prokazatelně řádně očkované proti VHA.
8. Příslušný orgán ochrany veřejného zdraví nařídí rozsah a způsob imunoprophylaxe a v mimořádných situacích, po schválení hlavním hygienikem ČR, zajišťuje mimořádné očkování v kolektivech. Na základě rozhodnutí místně příslušného orgánu ochrany veřejného zdraví o lékařském dohledu nebo o zvýšeném zdravotním dozoru, zajistí osoba poskytující péči¹⁾ u osob v přímém kontaktu s VHA očkování proti VHA.
9. U dárců krve a jiného biologického materiálu se postupuje podle jiných právních předpisů.⁵⁾

Příloha č. 18 k vyhlášce č. 473/2008 Sb.

**Systém epidemiologické bdělosti akutní
virové hepatitidy B (dále jen „VHB“)****Čl. 1****Klinická definice onemocnění**

1. Klinický obraz odpovídající VHB: postupný rozvoj příznaků, zejména únavy, bolesti břicha, bolesti kloubů, ztráty chuti k jídlu, občasné nevolnosti a zvracení, společně s příznakem horečky, nebo žloutenky, nebo zvýšené hladiny sérové aminotransferázy. Inkubační doba 45 až 180 dnů.
2. Období nakažlivosti: všechny HBsAg pozitivní osoby jsou potencionálně infekční.

Čl. 2**Laboratorní diagnostika**

Detekce specifických protilátek IgM proti nukleokapsidovému antigenu (core) VHB.

Čl. 3**Epidemiologická kritéria**

Epidemiologická souvislost s přenosem z člověka na člověka, zejména přenos krví, sexuálním stykem, nebo přenos vertikální.

Čl. 4**Klasifikace případu onemocnění**

- A. Možný: Nelze použít.
- B. Pravděpodobný: Každá osoba splňující klinická kritéria s epidemiologickou souvislostí.
- C. Potvrzený: Každá osoba splňující klinická a laboratorní kritéria.

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

Osoba poskytující péči,¹⁾ která diagnostikuje onemocnění akutní VHB, hlásí orgánu ochrany veřejného zdraví potvrzený případ onemocnění a úmrtí na toto onemocnění.

Čl. 6**Epidemiologické šetření při podezření na výskyt akutní VHB**

Osoba poskytující péči,¹⁾ která vyslovila podezření na onemocnění akutní VHB, provede odběry biologického materiálu k laboratornímu průkazu etiologie a zajistí jejich transport do vyšetřující laboratoře. Epidemiologické šetření zajistí orgán ochrany veřejného zdraví, zejména s cílem určit zdroj infekce a cestu přenosu.

Čl. 7

Protiepidemická opatření v ohnisku onemocnění akutní VHB

1. Hlášení onemocnění akutní VHB podle článku 5.
2. Zajištění odběrů a transportu biologického materiálu pacienta a kontaktů k ověření diagnózy v příslušné laboratoři.
3. Izolace nemocného nebo z nemoci podezřelého na infekčním oddělení podle jiného právního předpisu.²⁾
4. U fyzických osob, které byly v kontaktu s nemocným, se provádí lékařský dohled v délce 180 dnů od posledního kontaktu.
5. U dárců krve a jiného biologického materiálu se postupuje podle jiných právních předpisů.⁵⁾
6. Omezení uvedená v odstavci 3 a 4 se nevztahují na osoby s prokazatelně prožitým onemocněním VHB a na osoby, u nichž byla prokázána přítomnost protilátek proti povrchovému antigenu HBV v ochranných množstvích (minimálně 10 IU/l).
7. Zdravotnickému pracovníkovi, který byl při expozici krvi pacienta poraněn, nebo došlo-li k závažné kontaminaci kůže a sliznic a který nebyl současně očkovan, nebo byl neúplně očkovan nebo je u něho známa neschopnost tvorby anti HBs protilátek, se aplikuje 1 dávka specifického hyperimunního globulinu proti VHB v souladu se souhrnem údajů o přípravku.
8. Osoba poskytující péči¹⁾ zajistí vyšetření osob, které se poranily o použitou injekční jehlu, podle uvedené tabulky.

VYŠETŘENÍ	Do 72 hodin po poranění	Za 90 dnů po poranění	Za 180 dnů po poranění
Virová hepatitida B	Ano*	Ano	Ano
Virová hepatitida C	Ano	Ano	Ano
HIV	Ano	Ano	Ne

* U poraněných osob s prokázaným ochranným titrem anti HBs po očkování nebo prožití nákazy se další vyšetřování markerů VHB ukončí.

Při negativním výsledku markerů HBsAg, anti HCV a anti HIV u potenciálního zdroje, pokud je známý, se sledování poraněné osoby ukončí.

Součástí vyšetření je i zjištění subjektivních potíží a klinických příznaků, které mohou souviset s onemocněním virovou hepatitidou a laboratorní vyšetření aktivity aminotransferáz.

Událost se vždy zaznamená do zdravotnické dokumentace poraněné osoby.

Příloha č. 19 k vyhlášce č. 473/2008 Sb.

**Systém epidemiologické bdělosti virové
hepatitidy C (dále jen „VHC“)**

Čl. 1

Klinická definice onemocnění

Není důležitá pro účely systému epidemiologické bdělosti. Inkubační doba 14 až 180 dnů.

Čl. 2

Laboratorní diagnostika

Nejméně jedno z těchto kritérií:

1. Přítomnost specifických protilátek proti viru VHC potvrzená rozdílným testem na jiném principu testu na stanovení protilátek.
2. Detekce nukleové kyseliny viru VHC v séru nebo plasmě.
3. Detekce antigenu (core) viru hepatitidy C v séru nebo plasmě.

Čl. 3

Epidemiologická kritéria

Nelze použít.

Čl. 4

Klasifikace případu onemocnění

- A. Možný: Nelze použít.
- B. Pravděpodobný: Nelze použít.
- C. Potvrzený: Každá osoba splňující laboratorní kritéria.

Čl. 5

Shromažďování údajů a jejich hlášení

Osoba poskytující péči,¹⁾ která diagnostikuje onemocnění VHC, hlásí orgánu ochrany veřejného zdraví potvrzený případ onemocnění a úmrtí na toto onemocnění.

Čl. 6

**Epidemiologické šetření při podezření
na výskyt virové hepatitidy C**

Osoba poskytující péči,¹⁾ která vyslovila podezření na onemocnění VHC, provede odběry biologického materiálu k laboratornímu průkazu onemocnění a zajistí jejich transport do vyšetřující laboratoře. Epidemiologické šetření zajistí orgán ochrany veřejného zdraví, zejména s cílem určit zdroj infekce a cestu přenosu.

Čl. 7

Protiepidemická opatření v ohnisku onemocnění VHC

1. Hlášení onemocnění VHC podle článku 5.
2. Zajištění odběrů a transportu biologického materiálu nemocného k ověření diagnózy v příslušné laboratoři.
3. Pacienti s diagnostikovanou akutní VHC jsou izolováni na infekčních odděleních. Zdravotní péče je dále zajišťována podle klinického obrazu nemocného.
4. U osob, které byly v kontaktu s nemocným, se provádí lékařský dohled v délce 150 dnů od posledního kontaktu.
5. U dárců krve a jiného biologického materiálu se postupuje podle jiných právních předpisů.⁵⁾
6. Osoba poskytující péči¹⁾ zajistí vyšetření osob, které se poranily o použitou injekční jehlu, podle uvedené tabulky.

VYŠETŘENÍ	Do 72 hodin po poranění	Za 90 dnů po poranění	Za 180 dnů po poranění
Virová hepatitida B	Ano*	Ano	Ano
Virová hepatitida C	Ano	Ano	Ano
HIV	Ano	Ano	Ne

* U poraněných osob s prokázaným ochranným titrem anti HBs po očkování nebo prožití nákazy se další vyšetřování markerů VHB ukončí.

Při negativním výsledku markerů HBsAg, anti HCV a anti HIV u potenciálního zdroje, pokud je známý, se sledování poraněné osoby ukončí.

Součástí vyšetření je i zjištění subjektivních potíží a klinických příznaků, které mohou souviset s onemocněním virovou hepatitidou a laboratorní vyšetření aktivity aminotransferáz.

Událost se vždy zaznamená do zdravotnické dokumentace poraněné osoby.

Příloha č. 20 k vyhlášce č. 473/2008 Sb.

Systém epidemiologické bdělosti infekcí Chlamydia trachomatis

Čl. 1

Klinická definice onemocnění

1. Klinický obraz odpovídající chlamydiové infekci, jiné než lymphogranuloma venereum (dále jen „LGV“), u dětí a dospělých - zánětlivé onemocnění charakterizované nejméně jedním z následujících projevů: uretritida, epididymitida, akutní salpingitida, akutní endometritida, cervitida, proktitida. Inkubační doba 7 až 14 dní, případně delší.

2. Klinický obraz odpovídající chlamydiové infekci, jiné než LGV, u novorozenců je charakterizován nejméně jedním z následujících projevů: zánět spojivek, pneumonie.
3. Klinický obraz odpovídající LGV: zánětlivě ulcerativní infekce charakterizované nejméně jedním z následujících příznaků: uretritida, genitální vřed, inguinální lymfadenopatie, cervitida, proktitida.
4. Období nakažlivosti může být velmi dlouhé a není omezeno na přítomnost klinických známek infekce. Nemocný může být zdrojem infekce i v době bez subjektivních a objektivních obtíží.

Čl. 2

Laboratorní diagnostika

Infekce Chlamydia trachomatis, jiná než LGV, nejméně jeden z následujících způsobů průkazu:

1. izolace Chlamydia trachomatis ze vzorku z urogenitálního traktu, anální oblasti, nebo ze spojivky
2. průkaz Chlamydia trachomatis přímou imunofluorescencí v klinickém vzorku
3. detekce nukleové kyseliny Chlamydia trachomatis v klinickém vzorku

Infekce Chlamydia trachomatis -LGV, nejméně jeden z následujících způsobů průkazu:

1. izolace Chlamydia trachomatis ze vzorku z urogenitálního traktu, anální oblasti, nebo ze spojivky
2. detekce nukleové kyseliny Chlamydia trachomatis v klinickém vzorku
3. v případě pozitivních výsledků podle bodu 1. nebo 2. zároveň identifikace sérovaru (genovaru) L₁, L₂ nebo L₃

Čl. 3

Epidemiologická kritéria

Epidemiologická souvislost - mezilidský přenos sexuálním stykem nebo vertikálním přenosem.

Čl. 4

Klasifikace případu onemocnění

- A. Možný: Nelze použít.
- B. Pravděpodobný: Klinicky odpovídající případ s epidemiologickou souvislostí.
- C. Potvrzený: Klinicky odpovídající případ, laboratorně potvrzený.

Čl. 5

Shromažďování údajů a jejich hlášení

1. Osoba poskytující péči,¹⁾ která diagnostikuje onemocnění vyvolané Chlamydia trachomatis (jiné než LGV, LGV), hlásí orgánu ochrany veřejného zdraví potvrzené a pravděpodobné případy onemocnění a úmrtí na toto onemocnění.
2. Kumulativní data hlásí laboratoře jedenkrát měsíčně místně příslušným orgánům ochrany veřejného zdraví dle vzoru:
 - a. počet všech provedených vyšetření strukturovaných podle:
 - i. pohlaví
 - ii. věku
 - iii. diagnózy

- iv. odbornosti lékaře
- b. počet všech pozitivních nálezů strukturovaných podle:
 - i. pohlaví
 - ii. věku
 - iii. diagnózy
 - iv. odbornosti lékaře
 - v. druhu biologického materiálu (výtěr z cervixu, moč apod.)
 - vi. metody průkazu (včetně názvu testu výrobce)

Čl. 6

Epidemiologické šetření při podezření na infekci Chlamydia trachomatis

Osoba poskytující péči,¹⁾ která vyslovila podezření na infekci Chlamydia trachomatis, zajistí odběry biologického materiálu k laboratornímu průkazu onemocnění, jeho transport do vyšetřující laboratoře, dále provádí cílené vyšetření u všech kontaktů a příslušné kontroly po léčbě pacientů s diagnostikovanou infekcí.

Čl. 7

Protiepidemická opatření v ohnisku Chlamydia trachomatis

1. Hlášení onemocnění vyvolaných Chlamydia trachomatis podle článku 5.
2. Protiepidemická opatření spočívají v řádném provedení depistážního šetření a vyšetření všech kontaktů nemocného podle jiného právního předpisu.⁶⁾
3. Kontrolní vyšetření pacienta po 6 týdnech po ukončení terapie a vyšetření na další závažné pohlavně přenosné nemoci (syfilis, kapavka, HIV/AIDS).
4. Dispenzarizace pacienta po dobu 3 měsíců s následným vyšetřením a vyřazením z evidence na základě negativního kontrolního vyšetření.⁷⁾
5. U dárců reprodukčních buněk se postupuje podle jiného právního předpisu.⁸⁾

Příloha č. 21 k vyhlášce č. 473/2008 Sb.

Systém epidemiologické bdělosti invazivních pneumokokových onemocnění

Čl. 1

Klinická definice onemocnění

Klinický obraz odpovídající invazivnímu onemocnění, to je meningitida, septicémie, bakteriémie, pneumonie. U pneumonie je nutný průkaz původce v krvi, séru nebo sekčním materiálu. Inkubační doba podle klinického obrazu 1 až 4 dny.

Čl. 2

Laboratorní diagnostika

1. Kultivační průkaz *Streptococcus pneumoniae* z klinického materiálu, který je za normálních podmínek sterilní (cerebrospinální mok, krev, sekční materiál) u klinických projevů podle článku 1.
2. Bez kultivační průkaz antigenů *Streptococcus pneumoniae* latexovou aglutinací z klinického materiálu, který je za normálních podmínek sterilní (cerebrospinální mok, krev, sekční materiál) u klinických projevů podle článku 1.
3. Bez kultivační průkaz DNA *Streptococcus pneumoniae* metodami molekulární mikrobiologie z klinického materiálu, který je za normálních podmínek sterilní (cerebrospinální mok, krev, sekční materiál) u klinických projevů podle článku 1.

Vzhledem ke skutečnosti, že výše uvedené klinické syndromy mohou být způsobeny řadou jiných etiologických agens, je laboratorní potvrzení etiologie *Streptococcus pneumoniae* nezbytné. Izoláty *Streptococcus pneumoniae* z invazivního pneumokokového onemocnění posílají mikrobiologické laboratoře do Národní referenční laboratoře pro streptokoky a enterokoky Státního zdravotního ústavu v Praze. Národní referenční laboratoř pro antibiotika zjišťuje rezistenci vůči chemoterapeutikům. Odběr na kultivační vyšetření je nutné provést před nasazením antibiotické terapie.

Čl. 3

Epidemiologická kritéria

Nejsou definována.

Čl. 4

Klasifikace případu onemocnění

- A. Možný: Nelze použít.
- B. Pravděpodobný: Nelze použít.
- C. Potvrzený: Případ laboratorně potvrzený výsledkem pozitivního kultivačního vyšetření nebo detekcí nukleové kyseliny *Streptococcus pneumoniae* nebo detekcí antigenu *Streptococcus pneumoniae* z výše uvedeného klinického materiálu podle článku 2.

Čl. 5

Shromažďování údajů a jejich hlášení

Osoba poskytující péči¹⁾, která diagnostikuje invazivní onemocnění vyvolané *Streptococcus pneumoniae* hlásí orgánu ochrany veřejného zdraví potvrzený případ onemocnění a úmrtí na toto onemocnění.

Čl. 6

Epidemiologické šetření při podezření na invazivní pneumokokové onemocnění

Osoba poskytující péči¹⁾, která vyslovila podezření na invazivní pneumokokové onemocnění, provede odběr biologického materiálu na laboratorní průkaz etiologie a zajistí jeho transport do vyšetřující laboratoře a zjistí, zda byl nemocný očkován proti pneumokokům a jakou očkovací látkou. Podrobné epidemiologické šetření zajistí orgán ochrany veřejného zdraví.

Čl. 7

Protiepidemická opatření v ohnisku invazivního pneumokokového onemocnění

1. Hlášení invazivního pneumokokového onemocnění podle článku 5.
2. Zajištění odběru biologického materiálu od nemocného a jeho odeslání do příslušné laboratoře na laboratorní vyšetření.
3. Izolace nemocného. Postup při izolaci upravuje jiný právní předpis⁴).

Příloha č. 22 k vyhlášce č. 473/2008 Sb.

Systém epidemiologické bdělosti kampylobakteriózy

Čl. 1

Klinická definice onemocnění

1. Klinický obraz odpovídající kampylobakterióze, to je horečka, průjem, bolesti břicha. Inkubační doba 1 až 10 dnů.
2. Období nakažlivosti je po celou dobu onemocnění a několik dní po jeho ukončení. Po infekci dochází často k nosičství, které zpravidla nepřesahuje období 6 týdnů.

Čl. 2

Laboratorní diagnostika

1. Laboratorní diagnostika kampylobakterióz spočívá v přímém průkazu bakterií *Campylobacter* species v biologickém materiálu kultivací na selektivně diagnostických půdách a identifikaci fenotypovými nebo genotypovými metodami.
2. Pro epidemiologické účely je nezbytné provádět druhové určení izolovaných kampylobakterů.

Biologický materiál zasílaný k vyšetření obvykle zahrnuje výtěr z rektu nebo stolici, méně často sekční materiál, kloubní punktát, krev a další. Odběr se provádí výtěrem z rektu pomocí tamponu s transportním médiem.

Čl. 3

Epidemiologická kritéria

Nejméně jedna z těchto epidemiologických souvislostí:

1. Přenos z člověka na člověka
2. Přenos ze zvířete na člověka
3. Expozice společnému zdroji
4. Expozice kontaminovaným potravinám nebo pitné vodě

Čl. 4

Klasifikace případu onemocnění

- A. Možný: Nelze použít.
- B. Pravděpodobný:
 - 1. Případ, který splňuje definici klinického případu a má epidemiologickou souvislost s potvrzeným případem.
 - 2. Případ laboratorně potvrzený s neznámými klinickými kritérii.
 - 3. Případ laboratorně potvrzený bez klinických kritérií
- C. Potvrzený: Případ, který splňuje definici klinického případu a je laboratorně potvrzený.

Čl. 5

Shromažďování údajů a jejich hlášení

Osoba poskytující péči,¹⁾ která diagnostikuje onemocnění kampylobakteriózou, hlásí orgánu ochrany veřejného zdraví pravděpodobný nebo potvrzený případ onemocnění nebo úmrtí na toto onemocnění.

Čl. 6

Epidemiologické šetření při podezření na výskyt kampylobakteriózy

1. Osoba poskytující péči,¹⁾ která vyslovila podezření na onemocnění kampylobakteriózou, provede odběr biologického materiálu na kulturační vyšetření a odebraný materiál zašle neprodleně mikrobiologické laboratoři. Mikrobiologická laboratoř ohlásí výsledky dle dohody písemně nebo telefonicky osobě poskytující péči¹⁾ a příslušnému protiepidemickému oddělení orgánu ochrany veřejného zdraví.
2. Příslušné protiepidemické oddělení orgánu ochrany veřejného zdraví zajistí epidemiologické šetření u potvrzených případů onemocnění kampylobakteriózou. Šetření spočívá v aktivním vyhledávání kontaktů, to je předškolních dětí a osob vykonávajících činnosti epidemiologicky závažné, ve včasném provedení odběru biologického materiálu na laboratorní průkaz původce onemocnění a v určení zdroje infekce a cesty přenosu.
3. U případů s podezřením na hromadné onemocnění, u případů s atypickým průběhem nebo úmrtím na kampylobakteriózu zabezpečí orgány ochrany veřejného zdraví ve spolupráci s mikrobiologickou laboratoří odeslání kmenů kampylobakterů k dalšímu určování odboru laboratoří hygieny výživy a bezpečnosti potravin Státního zdravotního ústavu v Brně.

Čl. 7

Protiepidemická opatření v ohnisku kampylobakteriózy

1. Hlášení onemocnění kampylobakteriózou podle článku 5.
2. Zajištění odběru biologického materiálu na laboratorní vyšetření.
3. Izolace nemocného, v těžších případech hospitalizace podle jiného právního předpisu.⁴⁾
4. Aktivní vyhledávání osob, které konzumovaly vytypovanou stravu a vyhledávání kontaktů u předškolních dětí a osob vykonávajících činnosti epidemiologicky závažné, u kterých se provádí mikrobiologické vyšetření rektálního výtěru, případně stolice.
5. Lékařský dohled u kontaktů po dobu 5 dnů od výskytu posledního případu onemocnění v dětských předškolních zařízeních.

6. Vyhledávání a následný zákaz činnosti, případně úprava pracovních podmínek u osob vykonávajících činnosti epidemiologicky závažné, které vylučují kampylobaktery nebo u kterých došlo k onemocnění osoby žijící ve společné domácnosti, do doby tří po sobě následujících kultivačně negativních výsledků vyšetření stolice podle posouzení místně příslušného orgánu ochrany veřejného zdraví.
7. Děti z rodin, ze stacionářů nebo jiných kolektivů, kde se onemocnění kampylobakteriózou vyskytlo, mohou do kolektivu docházet, jsou-li v dobrém klinickém stavu, nemají průjem a po posouzení podmínek zařízení místně příslušným orgánem ochrany veřejného zdraví.
8. V kolektivech i domácnostech provádět ohniskovou a průběžnou dezinfekci, dezinfekci rukou, sociálního zařízení, předmětů, ploch, nádobí a dalšího.
9. V domácnostech s výskytem kampylobakteriózy a chovem domácích zvířat, zejména psů, koček nebo exotických ptáků, lze případně provést odběr vzorku stolice u chovaných zvířat.
10. Důsledné dodržování hygienických opatření v potravinářské výrobě, při přípravě a manipulaci s pokrmami, dodržování správné výrobní a hygienické praxe.
11. Spolupráce s orgány Státní veterinární správy a Státní zemědělské a potravinářské inspekce při dohledávání vehikula nákazy.

Příloha č. 23 k vyhlášce č. 473/2008 Sb.

Systém epidemiologické bdělosti lymeské borreliózy

Čl. 1

Klinická definice onemocnění

Klinická diagnóza lymeské borreliózy je stanovena na podkladě kritérií pro tři fáze nemoci:

1. Časná lokalizovaná borrelióza je charakterizována kožními projevy označenými jako erythema migrans. Inkubační doba 3 až 32 dnů, časné stadium může být inaparentní.
2. Časná diseminovaná borrelióza je charakterizována přítomností původce v tkáni kožní (borreliový lymfocytom), muskuloskeletální, nervové a srdeční, (myalgie, artralgie, rekurentní artritidy, postižení mozgových nervů N II, III-VI, VII, VIII, meningomyeloradikuloneuritidy „Garin-Bujadoux-Bannwarthův syndrom“, aseptické meningitidy, karditidy).
3. Pozdní chronická borrelióza, která vzniká po několika měsících až letech po infekci, je charakterizována postižením nervové soustavy (chronické encefalomyelopatie, chronické polyneuritidy, deprese a další psychické projevy), kloubů (lymeská artritida) a kůže (zánětlivá nebo atrofická akrodermatitida).

Čl. 2

Laboratorní diagnostika

1. Průkaz přítomnosti protilátek třídy IgM a IgG proti borreliím v séru nebo v mozkomíšním moku a v synoviální tekutině pomocí enzymatické imunoanalýzy (ELISA) v klinicky sporných případech potvrzené metodou imunoblotu (Western blotu).
2. Kultivační průkaz *Borrelia burgdorferi* sensu lato z klinického materiálu.
3. Bezokultivační průkaz antigenů nebo detekce genomové a plasmidové nukleové kyseliny (DNA) borrelií, případně v kombinaci s přímým mikroskopickým průkazem.

Pro zahájení léčby v akutní fázi podle článku 1 odstavce 1 není průkaz protilátek potřebný.

Čl. 3

Epidemiologická kritéria

Alespoň jedna z následujících epidemiologických souvislostí během posledních 4 týdnů před objevením prvních příznaků onemocnění:

1. Potvrzené přisátí klíštěte.
2. Pobyt v oblasti výskytu klíšťat.
3. Riziková manipulace s klíštětem, zejména odstraňování klíštěte, kdy došlo k přímému kontaktu kůže pacienta.

Čl. 4

Klasifikace případu onemocnění

- A. Možný: Případ, který splňuje klinickou definici onemocnění.
- B. Pravděpodobný: Případ, který splňuje definici klinického obrazu a je v epidemiologické souvislosti s potvrzeným přisátím klíštěte.
- C. Potvrzený: Případ, který splňuje definici klinického obrazu a byl potvrzen výsledkem laboratorního vyšetření.

Čl. 5

Shromažďování údajů a jejich hlášení

Osoba poskytující péč,¹⁾ která diagnostikuje onemocnění lymeskou borreliózou, podle kritérií v článcích 1 až 3, hlásí orgánu ochrany veřejného zdraví pravděpodobný a potvrzený případ onemocnění nebo úmrtí na toto onemocnění.

Čl. 6

Epidemiologické šetření při podezření na výskyt lymeské borreliózy

1. Osoba poskytující péči,¹⁾ která vyslovila podezření na onemocnění lymeskou borreliózou, zajistí odběr biologického materiálu na laboratorní průkaz etiologie a jeho transport do vyšetřující laboratoře.
2. Orgán ochrany veřejného zdraví zajistí epidemiologické šetření, při kterém, mimo standardně zjišťované skutečnosti, eviduje klinickou formu onemocnění, případné úmrtí a pátrá po pravděpodobném místě nákazy.

Čl. 7

Protiepidemická opatření proti šíření lymeské borreliózy

1. Hlášení onemocnění lymeskou borreliózou podle článku 5.
2. Protiepidemické oddělení orgánu ochrany veřejného zdraví v oblasti své působnosti eviduje ohniska výskytu lymeské borreliózy a doporučuje jejich návštěvníkům dodržování preventivních opatření vedoucích ke snížení rizika napadení klíšťaty.

3. Osoby s aktivním onemocněním borreliózou se vyřazují z dárcovství krve a jejích složek a z dárcovství tkání a buněk na dobu 6 měsíců po přeléčení. O vyřazení osob s chronickým onemocněním rozhodne lékař.
4. Státní zdravotní ústav ve spolupráci s Českým hydrometeorologickým ústavem během sezóny provádí předpověď aktivity klíšťat, která je jako orientační údaj pro občany umístěna na webových stránkách Ministerstva zdravotnictví, Státního zdravotního ústavu a orgánů ochrany veřejného zdraví.

Příloha č. 24 k vyhlášce č. 473/2008 Sb.

System epidemiologické bdělosti pásového oparu

Čl. 1

Klinická definice onemocnění

1. Klinický obraz pásového oparu je charakterizován unilaterálním výsevem makulopapulózního exantému v rozsahu 1 až 3 dermatomů, nejčastěji v lumbální nebo thorakální oblasti. Výsevu může předcházet silná bolest v místě budoucího výsevu. Nejčastější komplikací onemocnění jsou postherpetické neuralgie, zejména u pacientů nad 50 let. Další možné komplikace jsou neurologické (cerebellitis, meningoencefalitis, myelitis, intrakraniální vaskulitis) nebo oční (keratitis, iridocyklitis, retinitis) nebo bakteriální superinfekce kůže a měkkých tkání. U imunokompromitovaných osob hrozí systémové onemocnění (generalizovaná forma). Inkubační doba 10 až 21 dnů.
2. Období nakažlivosti začíná výsevem exantému a končí pokud jsou již všechny eflorescence ve stadiu krusty. Infekčnost je u lokalizované formy 5 krát nižší než u planých neštovic. Infekční je vezikulární tekutina, u generalizované formy i sekret z horních cest dýchacích.

Čl. 2

Laboratorní diagnostika

Nejméně jedno z následujících kritérií:

1. Detekce nukleové kyseliny viru varicella zoster v klinickém vzorku (periferní krev, vezikulární tekutina, mozkomíšní mok, stěr z léze)
2. Izolace viru varicella zoster na tkáňových kulturách ze stěru nebo vezikulární tekutiny
3. Průkaz virového antigenu metodou přímé imunofluorescence ve stěru z eflorescence
4. Průkaz viru elektronovým mikroskopem v klinickém vzorku
5. Vzestup specifických protilátek proti viru varicella zoster. Přítomnost IgM protilátek může být zkreslena, jak jejich výskytem při subklinické reaktivaci viru, tak i zkříženou reaktivitou s IgM protilátkami proti ostatním herpetickým virům, zejména herpes simplex virus. Proto je jejich izolovaný záchyt z jednoho odběru nutno považovat za nedostatečný průkaz. Případy je nutné ověřit výrazným vzrůstem hladiny celkových nebo IgG protilátek. Ke správné interpretaci výsledků sérologických vyšetření je třeba brát v úvahu klinické, laboratorní a epidemiologické údaje.

Čl. 3

Epidemiologická kritéria

Onemocnění vzniká pouze u osob, které prodělaly plané neštovice (lze i subklinicky), nebo byly očkovány živou vakcínou proti planým neštovicím.

Čl. 4

Klasifikace případu onemocnění

- A. Možný: Případ s atypickým klinickým průběhem nebo opakovaný pásový opar bez laboratorního vyšetření.
- B. Pravděpodobný: Případ který splňuje klinickou definici onemocnění.
- C. Potvrzený: Případ, který splňuje definici klinického obrazu a byl potvrzený výsledkem laboratorního vyšetření.

Čl. 5

Shromažďování údajů a jejich hlášení

Osoba poskytující péč,¹⁾ která diagnostikuje onemocnění pásovým oparem, hlásí orgánu ochrany veřejného zdraví pravděpodobné a potvrzené případy onemocnění, komplikace a úmrtí na toto onemocnění.

Čl. 6

Epidemiologické šetření při podezření na výskyt pásového oparu

Osoba poskytující péči,¹⁾ která vyslovila podezření na onemocnění pásovým oparem, podle vlastního uvážení u klinicky sporných případů provede odběry biologického materiálu k laboratornímu průkazu etiologie a zajistí jeho transport do vyšetřující laboratoře.

Čl. 7

Protiepidemická opatření v ohnisku pásového oparu

1. Hlášení onemocnění pásovým oparem podle článku 5.
2. Zajištění odběru biologického materiálu od pacienta k ověření diagnózy u klinicky sporných případů a zajištění transportu biologického materiálu do příslušné laboratoře.
3. Izolace pacienta trvá do doby, než jsou všechny eflorescence ve stadiu krusty. Postup při izolaci upravuje jiný právní předpis⁴⁾.
4. Aktivní vyhledávání zdroje nákazy a kontaktů se neprovádí.
5. Epidemiologické šetření v ohnisku nákazy se neprovádí. Osoba poskytující péči,¹⁾ která vyslovila podezření na onemocnění pásovým oparem, věnuje zvláštní pozornost osobám těhotným a imunosuprimovaným, které dosud neprodělaly plané neštovice, nebo nebyly řádně očkovány.
6. Pro podání hyperimunního lidského imunoglobulinu je nutné zhodnotit závažnost expozice. Generalizovaný pásový opar je stejně infekční jako plané neštovice a proto by měl být hyperimunní lidský globulin podán do 72 hodin od kontaktu s infekcí osobám těhotným nebo těžce imunosuprimovaným, které v minulosti plané neštovice neprodělaly, nebo nebyly očkovány dvěmi dávkami vakcíny. Pouze pokud je promeškán interval 72 hodin od kontaktu s onemocněním, alternativou je podávání plné terapeutické dávky antivirotik do sedmého dne od kontaktu s infekcí.

7. Postexpoziční očkování je možné u vnímavých fyzických osob k nákaze planými neštovicemi, u kterých ještě neuplynuly 3 dny od styku s nemocným.
8. U vnímavých osob, které byly v kontaktu s onemocněním, má lékařský dohled, pokud je indikován, trvat po dobu maximální inkubační doby, to je 21 dní. Pokud byl takové osobě podán hyperimunní lidský globulin, doba se prodlužuje až na 40 dní.
9. Děti, které jsou vnímavé k nákaze a byly v kontaktu s pásovým oparem, jsou vzhledem k nízké infekčnosti přijímány do kolektivních zařízení bez omezení.

Příloha č. 25 k vyhlášce č. 473/2008 Sb.

Systém epidemiologické bdělosti rotavirových infekcí

Čl. 1

Klinická definice onemocnění

1. Klinický obraz odpovídající akutní gastroenteritidě, to je zvracení, průjem, horečka. Onemocnění začíná náhle zvracením s vysokou frekvencí. Během 24 hodin se přidává vodnatý průjem s velkým objemem a četností produkováných stolic. Manifestní onemocnění bývá zpravidla provázeno horečkou, někdy jen mírným vzestupem teploty. Nejzávažnější průběh onemocnění bývá u dětí do 5 let a u osob starších 65 let s rychlou dehydratací a hypernatrémií. Inkubační doba 24 až 72 hodin.
2. Období nakažlivosti může být dlouhé, zejména u imunodeficitních osob.

Čl. 2

Laboratorní diagnostika

1. Standardním laboratorním testem pro diagnózu rotavirové infekce je průkaz antigenu (antigenů) rotavirů. V současnosti se nejčastěji využívají imunochromatografické rychlotesty, latexová aglutinace a ELISA. K laboratornímu vyšetření se odebírá nativní stolice, případně výtěr z rektu. Nejvyšší záchytnost je v prvních 3 dnech onemocnění.
2. Elektronmikroskopický průkaz původce.
3. Detekce nukleové kyseliny.
4. Průkaz specifické protilátkové odpovědi proti rotavirovým infekcím u osob, které nebyly v průběhu předchozích 8 týdnů očkovány. K sérologickému vyšetření se odebírají 2 vzorky krve v 2 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 prokázaný signifikantní vzestup hladin protilátek anebo sérokonverze z negativity do positivity. Jakákoli hladina protilátek v jediném vzorku není průkazem akutně probíhajícího onemocnění.

Vzhledem ke skutečnosti, že výše uvedené klinické příznaky mohou být způsobeny řadou jiných etiologických agens, je laboratorní potvrzení rotavirů nezbytné.

Čl. 3

Epidemiologická kritéria

Nejsou stanovena.

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 s potvrzeným případem.
- C. Potvrzený: Případ, který splňuje definici klinického obrazu a byl potvrzen laboratorním vyšetřením.

Čl. 5

Shromažďování údajů a jejich hlášení

Osoba poskytující péči,¹⁾ která diagnostikuje onemocnění vyvolané rotaviry, hlásí orgánu ochrany veřejného zdraví pravděpodobný nebo potvrzený případ onemocnění nebo úmrtí na toto onemocnění.

Čl. 6

Epidemiologické šetření při podezření na výskyt onemocnění vyvolaného rotaviry

Osoba poskytující péči,¹⁾ která vyslovila podezření na onemocnění vyvolané rotaviry, zajistí odběr nativní stolice, popřípadě výtěr z rektu a zajistí transport biologického materiálu neprodleně do vyšetřující laboratoře. Epidemiologické šetření zajistí orgán ochrany veřejného zdraví.

Čl. 7

Protiepidemická opatření v ohnisku onemocnění vyvolaného rotaviry

1. Orgán ochrany veřejného zdraví provádí u všech hlášených onemocnění epidemiologické šetření v ohnisku nákazy, pátrání po zdroji nákazy a dalších kontaktech, včetně ověřování údajů, zda nemocná osoba byla v minulosti očkována proti rotavirovým infekcím.
2. Postup při izolaci upravuje jiný právní předpis.⁴⁾
3. Dítě mladší 5 let po prodělaném laboratorně prokázaném onemocnění vyvolaném rotaviry je možné přijmout do jeslí, mateřské školy, školského zařízení pro výkon ústavní výchovy nebo ochranné výchovy, zvláštního dětského zařízení, zařízení sociální péče a obdobných zařízení (dále jen „kolektivní zařízení“) za předpokladu, že nemá klinické příznaky rotavirové infekce, nejdříve však za 10 dnů od začátku onemocnění.
4. Osoba vykonávající činnosti epidemiologicky závažné po prodělaném laboratorně prokázaném onemocnění vyvolaném rotaviry může tyto činnosti vykonávat za předpokladu, že nemá klinické příznaky rotavirové infekce, nejdříve však za 10 dnů od začátku onemocnění.
5. Lékařský dohled po dobu 3 dnů od posledního kontaktu s nemocným u dětí mladších 5 let docházejících do kolektivních zařízení a poučení jejich zákonných zástupců o nutnosti kontaktovat lékaře při vzniku příznaků onemocnění, včetně zvýšené teploty.
6. Zvýšený zdravotnický dozor po dobu 3 dnů od posledního kontaktu s nemocným u fyzických osob vykonávajících činnosti epidemiologicky závažné.

7. Při rotavirové nemocniční nákaze nebo při podezření na její výskyt osoba poskytující péči neprodleně zajistí provedení protiepidemických opatření.

Příloha č. 26 k vyhlášce č. 473/2008 Sb.

Systém epidemiologické bdělosti salmonelózy

Čl. 1

Klinická definice onemocnění

1. Klinický obraz odpovídající salmonelóze, to je horečka, průjem, bolest břicha, nevolnost a někdy zvracení. Původce onemocnění může vyvolávat také extraintestinální infekce (lokalizace infekce mimo střevní trakt). Inkubační doba 6 až 72 hodin.
2. Nakažlivost trvá v průběhu nákazy, které je extrémně proměnlivé, od několika dní až po několik týdnů. Chronická nosičství trvající déle než jeden rok jsou vzácná. Podání antibiotik neovlivní vylučování salmonel.

Čl. 2

Laboratorní diagnostika

1. Laboratorní diagnostika salmonelóz spočívá v přímém průkazu salmonel v biologickém materiálu kultivací na selektivně diagnostických půdách a identifikaci fenotypovými nebo genotypovými metodami.
2. Pro epidemiologické účely je nezbytná sérotypizace.
3. U významných sérotypů se provádí fágová typizace, popřípadě další analýza na úrovni genotypu.
4. Nepřímá diagnostika stanoví protilátky proti O, H a popřípadě Vi antigenům.

Biologický materiál k vyšetření podle typu onemocnění: výtěr z rektu, stolice, sérum, moč, žluč, hnis, kloubní punktát, sekční materiál a další.

Čl. 3

Epidemiologická kritéria

Nejméně jedna z těchto epidemiologických souvislostí:

1. Přenos z člověka na člověka
2. Expozice společnému zdroji
3. Přenos ze zvířete na člověka
4. Expozice kontaminovaným potravinám nebo pitné vodě

Čl. 4

Klasifikace případu onemocnění

- A. Možný: Nelze použít.
- B. Pravděpodobný: Případ, který splňuje definici klinického případu a má epidemiologickou souvislost nebo laboratorně potvrzený izolát bez klinické informace.

C. Potvrzený: Případ, který splňuje definici klinického případu a je laboratorně potvrzený.

Čl. 5

Shromažďování údajů a jejich hlášení

Osoba poskytující péči,¹⁾ která diagnostikuje onemocnění salmonelózou, podle kritérií v článcích 1 až 3, hlásí orgánu ochrany veřejného zdraví pravděpodobný a potvrzený případ onemocnění nebo úmrtí na toto onemocnění.

Čl. 6

Epidemiologické šetření při podezření na výskyt salmonelózy

1. Osoba poskytující péči,¹⁾ která vyslovila podezření na onemocnění salmonelózou, provede odběr biologického materiálu na kulturační vyšetření a odebraný materiál zašle neprodleně mikrobiologické laboratoři. Mikrobiologická laboratoř ohlásí výsledky podle dohody písemně nebo telefonicky osobě poskytující péči¹⁾ a příslušnému protiepidemickému oddělení orgánu ochrany veřejného zdraví.
2. Příslušné protiepidemické oddělení orgánu ochrany veřejného zdraví zajistí epidemiologické šetření u všech potvrzených případů onemocnění a v případě epidemického výskytu i u všech případů podezření na onemocnění salmonelózou. Šetření spočívá ve včasném provedení odběru biologického materiálu na laboratorní průkaz etiologie, v aktivním vyhledávání kontaktů, u kterých se rovněž provádí mikrobiologické vyšetření, a v určení zdroje infekce a cesty přenosu.

Čl. 7

Protiepidemická opatření v ohnisku salmonelózy

1. Hlášení onemocnění salmonelózou podle článku 5.
2. Zajištění odběru biologického materiálu na laboratorní vyšetření.
3. Postup při izolaci upravuje jiný právní předpis.⁴⁾
4. Aktivní vyhledávání osob, které konzumovaly vytypovanou stravu, zejména předškolních dětí a osob vykonávajících činnosti epidemiologicky závažné, u kterých se provádí mikrobiologické vyšetření rektálního výtěru. Okruh vyšetřovaných osob určí místně příslušný orgán ochrany veřejného zdraví.
5. Lékařský dohled po dobu 4 dnů od výskytu posledního případu onemocnění v dětských předškolních zařízeních.
6. Vyhledávání a následný zákaz činnosti, případně úprava pracovních podmínek u osob vykonávajících činnosti epidemiologicky závažné, které vylučují salmonely nebo u kterých došlo k onemocnění osoby žijící ve společné domácnosti, do doby tří po sobě následujících kulturačně negativních výsledků vyšetření stolice.
7. Dítě po prodělaném laboratorně potvrzeném onemocnění salmonelózou je možné přijmout do kolektivního zařízení až po jednom negativním kulturačním vyšetření stolice, případně je-li dítě v dobrém klinickém stavu na základě posouzení místně příslušného orgánu ochrany veřejného zdraví.
8. Děti z rodin, ze stacionářů nebo jiných kolektivů, kde se onemocnění salmonelózou vyskytlo, mohou do kolektivu docházet, jsou-li v dobrém klinickém stavu, nemají průjem a po posouzení podmínek zařízení místně příslušným orgánem ochrany veřejného zdraví.
9. V kolektivech i domácnostech provádět ohniskovou a průběžnou dezinfekci, dezinfekci rukou, sociálního zařízení, předmětů, ploch, nádobí a dalšího.

10. Důsledné dodržování hygienických opatření v potravinářské výrobě, zejména při zpracování, skladování a přepravě rizikových surovin a potravin, dodržování technologie výroby a správné výrobní praxe.
11. Spolupráce s orgány Státní veterinární správy a Státní zemědělské a potravinářské inspekce při dohledávání vehikula nákazy.

Příloha č. 27 k vyhlášce č. 473/2008 Sb.

Systém epidemiologické bdělosti získané nebo vrozené syfilis

Čl. 1

Klinická definice onemocnění

1. Získaná primární syfilis - to je ulcerativní onemocnění charakterizované přítomností jedné, výjimečně několika, obvykle nebolestivých, erozivních až ulcerativních lézí (šankrů) v genitální, perineální nebo anální oblasti, v ústech, na sliznici hltanu nebo kdekoli jinde mimo oblast genitálií. Inkubační doba 10 dnů až 3 měsíce.
2. Získaná sekundární syfilis - osoba s nejméně s jedním z těchto příznaků: difúzní makulopapulózní vyrážka postihující často i dlaně a plosky, celková lymfadenopatie, kondyloma latum, exantém, difúzní alopecie.
3. Získaná časná latentní syfilis - osoba s příznaky primární nebo sekundární syfilis v anamnéze do předchozích 24 měsíců splňující laboratorní kritéria (specifické testy).
4. Získaná pozdní latentní syfilis nad 24 měsíců - osoba splňující laboratorní kritéria (specifické testy).
5. Vrozená syfilis časná - dítě do 2 let věku splňující nejméně jeden z následujících příznaků: hepatosplenomegalie, mukokutánní léze, kondyloma latum, přetrvávající rinitida, žloutenka, pseudoparalýza způsobená periostitidou a osteochondritidou, postižení centrální nervové soustavy, anémie, nefrotický syndrom, malnutrice.
6. Vrozená syfilis pozdní - osoba nad 2 roky věku s klinickými projevy odpovídajícími pozdní vrozené syfilis a splňující laboratorní kritéria (specifické testy).
7. Období nakažlivosti je omezeno na přítomnost klinických projevů v době kontaktu nebo v předcházejících 24 měsících (přenos krví nebo z matky na plod).

Čl. 2

Laboratorní diagnostika

A. Potvrzený případ - nejméně jeden z následujících nálezů:

1. Průkaz *Treponema pallidum* subspecies *pallidum* mikroskopickým vyšetřením v zástinu v exsudátu z lézí, ve tkáni, v pupeční šňůře, placentě nebo výtoku z nosu
2. Průkaz *Treponema pallidum* subspecies *pallidum* přímou imuno fluorescencí v exsudátu z lézí, ve tkáni, v pupeční šňůře, placentě nebo výtoku z nosu
3. PCR průkaz *Treponema pallidum* subspecies *pallidum* v exsudátu z lézí, ve tkáni, v pupeční šňůře, placentě nebo výtoku z nosu
4. Detekce specifických protilátek proti *Treponema pallidum* subspecies *pallidum* pomocí screeningového testu (např. TPHA, TP-PA, EIA aj.) a zároveň detekce specifických protilátek proti *Treponema pallidum* subspecies *pallidum* ve třídě IgM

5. U vrozené syfilis detekce specifických protilátek IgM proti *Treponema pallidum* subspecies *pallidum* a zároveň detekce nespecifických protilátek v netreponemovém testu (např. VDRL, RPR)
- B. Pravděpodobný případ - nejméně jeden z následujících nálezů:
1. Detekce specifických protilátek proti *Treponema pallidum* subspecies *pallidum* pomocí screeningového testu (např. TPHA, TP-PA, EIA aj.) a zároveň potvrzení specifických protilátek proti *Treponema pallidum* subspecies *pallidum* ve třídě IgG metodicky nezávislým testem (FTA-ABS IgG, western blot IgG)
 2. U vrozené syfilis detekce nespecifických protilátek proti *Treponema pallidum* subspecies *pallidum* v netreponemovém testu (např. VDRL, RPR) v likvoru
 3. U vrozené syfilis detekce specifických protilátek proti *Treponema pallidum* subspecies *pallidum* pomocí screeningového testu (např. TPHA, TP-PA, EIA aj.) a zároveň potvrzení specifických protilátek proti *Treponema pallidum* subspecies *pallidum* ve třídě IgG metodicky nezávislým testem (FTA-ABS IgG, western blot IgG) u matky
 4. U vrozené syfilis detekce nespecifických protilátek proti *Treponema pallidum* subspecies *pallidum* v netreponemovém testu (např. VDRL, RPR) ve čtyřnásobně vyšším titru než u matky

Čl. 3

Epidemiologická kritéria

Epidemiologická souvislost - mezilidský přenos sexuálním stykem nebo vertikálním přenosem.

Čl. 4

Klasifikace případu onemocnění

- A. Možný: Nelze použít.
- B. Pravděpodobný: Klinicky odpovídající případ s epidemiologickou souvislostí a laboratorním testy odpovídajícími pravděpodobnému případu.
- C. Potvrzený: Klinicky odpovídající případ, laboratorně potvrzený.

Čl. 5

Shromažďování údajů a jejich hlášení

Osoba poskytující péči,¹⁾ která diagnostikuje onemocnění získanou nebo vrozenou syfilis, hlásí orgánu ochrany veřejného zdraví potvrzený a pravděpodobný případ onemocnění a úmrtí na toto onemocnění podle kritérií v článku 1 až 3.

Čl. 6

Epidemiologické šetření při podezření na výskyt syfilis

1. Osoba poskytující péči, která vyslovila podezření na infekci *Treponema pallidum* subspecies *pallidum*, zajistí odběry biologického materiálu k laboratornímu průkazu etiologie a jeho transport do vyšetřující laboratoře.
2. Klinický lékař dermatovenerologického pracoviště s depistážní službou, podle místa bydliště pacienta s prokázanou infekcí, provádí cílené vyšetření u všech relevantních kontaktů a příslušné kontroly po léčbě pacientů s diagnostikovanou infekcí.

Čl. 7

Protiepidemická opatření

1. Hlášení onemocnění vyvolaných *Treponema pallidum* subspecies *pallidum* podle článku 5.
2. Protiepidemická opatření spočívají v řádném provedení depistážního šetření a vyšetření všech relevantních kontaktů nemocného podle jiného právního předpisu.⁶⁾
3. U syfilis I. a II. stadia musí být vždy nařízena izolace a léčení na venerologickém oddělení a fyzické osoby jsou povinny podrobit se léčení podle jiného právního předpisu.²⁾
4. U dárců krve a jiného biologického materiálu se postupuje podle jiného právního předpisu.⁵⁾

Příloha č. 28 k vyhlášce č. 473/2008 Sb.

System epidemiologické bdělosti klíštové encefalitidy

Čl. 1

Klinická definice onemocnění

Klinický obraz onemocnění může probíhat ve dvou fázích.

1. První příznaky se objeví obvykle po inkubační době 7 až 14 dní (3 až 28 dní) po expozici, která je podmíněna přisátím infikovaného klíštěte, nebo pobytem v oblasti výskytu klíšťat, nebo rizikovou manipulací s klíštětem, nebo konzumací nepasterizovaného mléka, sýra, jogurtu či jiných výrobků, zejména z kozího a ovčího mléka, během posledních 4 týdnů před objevením prvních příznaků onemocnění. V prvním období trvajícím 2 až 7 dní má nemoc chřipkovitý charakter, to je zvýšená teplota, únava, slabost, bolesti kloubů a svalů, bolest hlavy - tzv. abortivní forma - s negativním likvorovým nálezem. První fáze může někdy chybět.
2. Po několikadenním odeznění prvních příznaků (zhruba za 4 až 10 dnů) může dojít k druhé fázi onemocnění, při níž je zasažena centrální nervová soustava. Podle závažnosti a klinického obrazu jde v této druhé fázi o formu meningitickou (zánět mozkových blan) nebo meningoencefalitickou (s postižením šedé a bílé hmoty mozkové) nebo meningoencefalomyelitickou (s postižením předních míšních rohů) nebo o formu bulbo-cervikální (s postižením segmentů krční páteře a prodloužené míchy).

Čl. 2

Laboratorní diagnostika

1. Stanovení IgM protilátek v séru nebo likvoru pomocí ELISA nebo NIF (nepřímou imunofluorescencí).
2. Průkaz sérokonverze nebo signifikantního vzestupu hladiny protilátek třídy IgG, nebo celkových protilátek pomocí ELISA, NIF nebo KFR.

U pacientů čerstvě očkovanych proti klíštové encefalitidě, žluté zimnici, japonské encefalitidě a u osob, které se vrátily z endemických oblastí těchto virů, horečky dengue a viru West Nile, je nutné sérologické výsledky potvrdit virus neutralizačním testem.

Čl. 3

Epidemiologická kritéria

S přihlédnutím ke klasifikaci případu onemocnění v článku 4 nelze epidemiologická kritéria aplikovat.

Čl. 4

Klasifikace případu onemocnění

- A. Možný: Nelze použít.
- B. Pravděpodobný: Nelze použít.
- C. Potvrzený: Příklad, který splňuje definici klinického případu a je laboratorně potvrzený.

Čl. 5

Shromažďování údajů a jejich hlášení

Osoba poskytující péči,¹⁾ která diagnostikuje onemocnění klíšťovou encefalitidou, hlásí orgánu ochrany veřejného zdraví potvrzený případ onemocnění nebo úmrtí na toto onemocnění podle kritérií článků 1 až 3.

Čl. 6

Epidemiologické šetření při podezření na výskyt klíšťové encefalitidy

Osoba poskytující péči,¹⁾ která vyslovila podezření na klíšťovou encefalitidu, provede odběr biologického materiálu k laboratornímu průkazu etiologie a zajistí jeho transport do vyšetřující laboratoře. Vyšetřující laboratoř ohlásí výsledky podle dohody písemně nebo telefonicky osobě poskytující péči¹⁾ a příslušnému protiepidemickému oddělení orgánu ochrany veřejného zdraví. Protiepidemické oddělení orgánu ochrany veřejného zdraví zajistí epidemiologické šetření, při kterém mimo jiné zjišťuje skutečnosti týkající se očkování, eviduje i klinickou formu onemocnění a případně úmrtí na toto onemocnění. Zjišťuje okolnosti napadení nemocného klíštětem, zejména pokud možno datum akvirace a co nepřesnější určení místa, kde k akvirci došlo. Dále zjišťuje, zda nemocný nekonzumoval tepelně nezpracované mléko nebo výrobky z něj.

Čl. 7

Protiepidemická opatření

1. Protiepidemické oddělení orgánu ochrany veřejného zdraví v oblasti své působnosti eviduje ohniska výskytu klíšťové encefalitidy a doporučuje jejich návštěvníkům dodržování preventivních opatření vedoucích ke snížení rizika napadení klíšťaty.
2. Orgán ochrany veřejného zdraví ve spolupráci se zdravotními ústavy a Státním zdravotním ústavem zajišťuje zdravotně osvětové akce zvyšující informovanost obyvatel o nespecifických preventivních opatřeních, zvláště o možnosti očkování proti klíšťové encefalitidě, zejména při opakovaném nebo dlouhodobém pobytu v ohniscích klíšťové encefalitidy. Podílí se na celostátních akcích mapujících výskyt klíšťat v přírodním prostředí a jejich promořenost infekčními agens, která přenášejí.
3. V případě zjištění možného alimentárního přenosu orgán ochrany veřejného zdraví zajistí protiepidemická opatření a to zákaz konzumace suspektního vehikula, jak mléka tak i nepasterizovaných výrobků z tohoto mléka, provede aktivní vyhledání všech exponovaných osob a zajištění jejich klinického a sérologického vyšetření na klíšťovou encefalitidu.

4. Ve spolupráci s veterináři a Národní referenční laboratoří pro arboviry zdravotní ústav Ostrava zajistí vyšetření suspektních zdrojových zvířat, jejich mléka na přítomnost viru klíšťové encefalitidy a jejich séra na přítomnost protilátek proti klíšťové encefalitidě a vyšetření případných rezervoárových zvířat.
5. Státní zdravotní ústav v Praze ve spolupráci s Českým hydrometeorologickým ústavem během sezóny provádí předpověď aktivity klíšťat, která je jako orientační údaj pro občany umístěna na webových stránkách Ministerstva zdravotnictví, Státního zdravotního ústavu a orgánů ochrany veřejného zdraví.

Příloha č. 29 k vyhlášce č. 473/2008 Sb.

Systém epidemiologické bdělosti planých neštovic

Čl. 1

Klinická definice onemocnění

1. Klinický obraz lze charakterizovat postupným výsevem svědivého makulopapulózního exantému, zvýšenou teplotou nebo horečkou. Výsev začíná na trupu a hlavě, včetně vlasaté části, postupně se šíří na končetiny. Výsev většinou probíhá v několika vlnách, proto bývají paralelně přítomna všechna vývojová stadia exantému (makula, papula, vezikula, pustula, krusta). Závažnější průběh má onemocnění u dospělých (delší febrilie, mohutný výsev eflorescencí). Komplikace onemocnění hrozí zejména u dětí do 1 roku života, dospělých osob nad 20 let, u osob těhotných a imunosuprimovaných.

Komplikace jsou neurologické (cerebellitis, encefalitis, myelitis) nebo pulmonální (varicellová pneumonie, sekundární bakteriální pneumonie) nebo bakteriální superinfekce kůže a měkkých tkání a krvácivé stavy. Systémové onemocnění hrozí u osob imunosuprimovaných a u novorozenců, u jejichž matek došlo k výsevu planých neštovic 5 dní před a 2 dny po porodu. Virus varicella zoster je považován za teratogenní a při primoinfekci v těhotenství před dvacátým osmým týdnem hrozí vznik tzv. varicellového kongenitálního syndromu. Inkubační doba 10 až 21 dnů.

2. Období nakažlivosti začíná 2 dny před výsevem exantému a končí, pokud jsou již všechny eflorescence ve stadiu krusty.

Čl. 2

Laboratorní diagnostika

Nejméně jedno z těchto kritérií:

1. Detekce nukleové kyseliny viru varicella zoster v klinickém vzorku (periferní krev, vezikulární tekutina, mozkomíšní mok)
2. Izolace viru varicella zoster na tkáňových kulturách
3. Průkaz virového antigenu metodou přímé imunofluorescence ve stěru z eflorescence
4. Průkaz viru elektronovým mikroskopem v klinickém vzorku
5. Vzestup specifických protilátek proti viru varicella zoster. Přítomnost IgM protilátek může být zkreslena, jak jejich výskytem při reaktivaci viru, tak i zkříženou reaktivitou s IgM protilátkami proti ostatním herpetickým virům, zejména herpes simplex virus. Proto je jejich izolovaný záchyt

z jednoho odběru nutno považovat za nedostatečný průkaz. Případy je nutné ověřit výrazným vzrůstem hladiny celkových nebo IgG protilátek. Ke správné interpretaci výsledků sérologických vyšetření je třeba brát v úvahu klinické, laboratorní a epidemiologické údaje.

Čl. 3

Epidemiologická kritéria

Epidemiologická souvislost – mezilidský přenos onemocnění.

Onemocnění se přenáší přímým stykem s nemocnou osobou, výjimečně i s osobou očkovanou. Virus je obsažen ve vezikulární tekutině eflorescencí při planých neštovicích i při pásovém oparu a v sekretu z horních cest dýchacích. Uplatňuje se i nepřímý přenos předměty kontaminovanými sekrety respiračního traktu nebo obsahem kožních lézí, výjimečně dochází k přenosu i transplacentárně.

Čl. 4

Klasifikace případu onemocnění

- A. Možný: Případ s typickým klinickým průběhem bez laboratorního vyšetření.
- B. Pravděpodobný: Případ, který splňuje klinickou definici onemocnění a je v epidemiologické souvislosti s ostatními případy.
- C. Potvrzený: Případ, který splňuje definici klinického případu a je laboratorně potvrzený.

Čl. 5

Shromažďování údajů a jejich hlášení

Osoba poskytující péči,¹⁾ která diagnostikuje onemocnění planými neštovicemi, hlásí orgánu ochrany veřejného zdraví onemocnění, hospitalizaci, komplikace a úmrtí na toto onemocnění i údaj o provedeném očkování.

Čl. 6

Epidemiologické šetření při podezření na výskyt planých neštovic

Osoba poskytující péči,¹⁾ která vyslovila podezření na onemocnění planými neštovicemi, podle vlastního uvážení u klinicky sporných případů, provede odběry biologického materiálu k laboratornímu průkazu etiologie a zajistí jeho transport do vyšetřující laboratoře.

Čl. 7

Protiepidemická opatření v ohnisku planých neštovic

1. Hlášení onemocnění planými neštovicemi podle článku 5.
2. Zajištění odběru biologického materiálu od pacienta k ověření diagnózy u klinicky sporných případů a zajištění transportu biologického materiálu do příslušné laboratoře.
3. Izolace pacienta trvá do doby, než jsou všechny eflorescence ve stadiu krusty. Postup při izolaci upravuje jiný právní předpis.⁴⁾
4. Aktivní vyhledávání zdroje nákazy a kontaktů se běžně neprovádí.
5. Epidemiologické šetření v ohnisku nákazy se běžně neprovádí. Osoba poskytující péči,¹⁾ která vyslovila podezření na onemocnění planými neštovicemi, věnuje zvláštní pozornost osobám těhotným a imunosuprimovaným, které plané neštovice dosud neprodělaly nebo nebyly řádně očkovány.

6. Podání hyperimunního lidského imunoglobulinu do 72 hodin od kontaktu s infekcí osobám těhotným nebo těžce imunosuprimovaným, které v minulosti plané neštovice neprodělyly nebo nebyly řádně očkovány. Pokud je promeškán interval 72 hodin od kontaktu s onemocněním, alternativou je podávání plné terapeutické dávky antivirotik do sedmého dne od kontaktu s infekcí. Dále se hyperimunní lidský imunoglobulin podává novorozencům, u jejichž matek došlo k výsevu planých neštovic 5 dní před a 2 dny po porodu a nedonošencům, narozeným před dvacátým osmým gestačním týdnem, kteří byli v kontaktu s planými neštovicemi.
7. Postexpoziční očkování je možné u vnímavých fyzických osob k nákaze planými neštovicemi, u kterých ještě neuplynuly 3 dny od styku s nemocným.
8. U vnímavých osob, které byly v kontaktu s onemocněním, má lékařský dohled, pokud je indikován, trvat po dobu maximální inkubační doby, to je 21dní. Pokud byl takové osobě podán hyperimunní lidský imunoglobulin, doba se prodlužuje až na 40 dní.

Příloha č. 30 k vyhlášce č. 473/2008 Sb.

Systém epidemiologické bdělosti virové hepatitidy E (dále jen „VHE“)

Čl. 1

Klinická definice onemocnění

1. Klinický obraz je podobný jako u virové hepatitidy A; postupný rozvoj příznaků, zejména únavy, bolesti břicha, ztráty chuti k jídlu, občasné nevolnosti a zvracení, žloutenka, zvýšená hladina aminotransferáz, tmavá moč, bolest kloubů. Infekce mívá vyšší mortalitu u těhotných zvláště ve třetím trimestru těhotenství. Inkubační doba je 15 až 60 dní.
2. Období nakažlivosti není známé. Virus je prokazatelný ve stolici již ke konci inkubační doby a vylučování viru přetrvává 2 až 3 týdny.

Čl. 2

Laboratorní diagnostika

Nejméně jedno z těchto kritérií:

1. Detekce specifických protilátek IgM proti VHE.
2. Průkaz virové VHE RNA ve stolici nebo v krvi.

Čl. 3

Epidemiologická kritéria

Nejméně jedna z těchto epidemiologických souvislostí:

1. Přenos z člověka na člověka.
2. Expozice společnému zdroji.
3. Expozice kontaminovaným potravinám nebo pitné vodě.
4. Pobyt v oblasti s výskytem VHE, s převahou interhumánního přenosu.

Čl. 4

Klasifikace případu onemocnění

- A. Možný: Nelze použít.
- B. Pravděpodobný: Každá osoba splňující klinická kritéria s epidemiologickou souvislostí.
- C. Potvrzený: Každá osoba splňující klinická a laboratorní kritéria.

Čl. 5

Shromažďování údajů a jejich hlášení

Osoba poskytující péči¹⁾, která diagnostikuje onemocnění VHE, hlásí orgánu ochrany veřejného zdraví potvrzený případ onemocnění a úmrtí na toto onemocnění včetně podezření na toto onemocnění.

Čl. 6

Epidemiologické šetření při podezření na výskyt VHE

Osoba poskytující péči¹⁾, která vyslovila podezření na onemocnění VHE, provede odběry biologického materiálu k laboratornímu průkazu onemocnění a zajistí jejich transport do vyšetřující laboratoře. Epidemiologické šetření zajistí orgán ochrany veřejného zdraví, zejména s cílem určit zdroj infekce a cestu přenosu.

Čl. 7

Protiepidemická opatření v ohnisku onemocnění VHE

1. Hlášení onemocnění VHE podle článku 5.
2. Zajištění odběrů a transportu biologického materiálu pacienta a kontaktů k ověření diagnózy v příslušné laboratoři.
3. Izolace nemocného nebo z nemoci podezřelého na infekčním oddělení podle jiného právního předpisu²⁾.
4. U osob, které byly v kontaktu s nemocným, se provádí lékařský dohled v délce 60 dnů od posledního kontaktu.
5. Příjem nových osob do kolektivů dětí předškolního a školního věku je zakázán v době provádění lékařského dohledu pro výskyt VHE podle posouzení místně příslušného orgánu ochrany veřejného zdraví.
6. Osoby v kontaktu s VHE vykonávající činnosti epidemiologicky závažné se vyloučí z těchto činností uložením zvýšeného zdravotnického dozoru na dobu 60 dnů od posledního kontaktu s nemocným.
7. U dárců krve a jiného biologického materiálu se postupuje podle jiných právních předpisů⁵⁾.
8. Spolupráce s orgány Státní veterinární správy.

- 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.
- 3) Příloha 2 vyhlášky č. 143/2008 Sb., o stanovení bližších požadavků pro zajištění jakosti a bezpečnosti lidské krve a jejích složek (vyhláška o lidské krvi).
- 4) § 64 písm. a) zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů.
- 5) Zákon č. 296/2008 Sb., o zajištění jakosti a bezpečnosti lidských tkání a buněk určených k použití u člověka a o změně souvisejících zákonů (zákon o lidských tkáních a buňkách), ve znění pozdějších předpisů.
Zákon č. 285/2002 Sb., o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů (transplantační zákon), ve znění pozdějších předpisů.
Vyhláška č. 143/2008 Sb., o stanovení bližších požadavků pro zajištění jakosti a bezpečnosti lidské krve a jejích složek (vyhláška o lidské krvi).
- 6) Směrnice Ministerstva zdravotnictví České socialistické republiky č. 30/1968 Věstníku MZ ČSR o opatřeních proti po-
hlavním nemocem, ve znění vyhlášky č. 225/1996 Sb. (směrnice reg.č. 51/1968 Sb.).
- 7) Vyhláška č. 386/2007 Sb., kterou se stanoví nemoci, u nichž se poskytuje dispenzární péče, časové rozmezí dispenzárních prohlídek a označení specializace dispenzarizujícího lékaře.
- 8) Příloha 5 vyhlášky č. 422/2008 Sb., o stanovení bližších požadavků pro zajištění jakosti a bezpečnosti lidských tkání a buněk určených k použití u člověka.