

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت سلامت

راهنمای کشوری مراقبت و کنترل بیماری آنفلوانزا (آنفلوانزای فصلی-آنفلوانزای پرندگان-آنفلوانزای پاندمی)

**National Guidelines for Surveillance & control
Of Influenza**
Seasonal Influenza
Avian Influenza
Pandemic Influenza
REVISED VERSION:2009(1388)

تالیف:

دکتر محمد نصر دادرس - دکتر محمود سروش - سعیده زاهد انارکی

زیر نظر:

دکتر محمد مهدی گویا

دکتر محمود نبوی

(بازنگری شده ۱۳۸۸)

مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر
اداره بیماری‌های قابل پیشگیری با واکسن و قرنطینه‌ها
واحد آنفلوانزا، مراقبت بهداشت مرزی و IHR

گروه مخاطب این راهنما کلیه پرسنل بهداشتی و درمانی از جمله پزشکان
و تیم‌های مراقبت بهداشتی کشور می‌باشند.

تقدیم به روح بلند مرحوم دکتر کامران حکیم زاده که یار سخت کوش ما
در تهیه و تدوین این مجموعه بودند

"همکارم"

زحمت و رنج تو ای همکارم
جز خدا هیچ نداند کسی
تو به من آموختی
با همه رنج و تعب، با همه سختی کار
می شود سعی نمود، می شود عاشق بود، عاشق کار...
می توان با همه کمبودها
در بر پر تو حق
چهره ای شاد نمود، غم بیماری را، از تنی پاک نمود...
من در این وقت عزیز
از صمیم دل خویش، خاشعانه گویم، همیارم
اجر تو با همه معنی ها با خدا، با خدا
یاد تو گر که نباشی بر ما، در دل ما

(شاعر: بهنام قزلباش، قزوین)

"بلند آوازه"

بلند آوازه انسانی که رنج دوریش هرگز
پذیرفتن نشاید
بودنش همچون چراغی پر تلالو
در مسیر علم و دانش
عشق و احساسش به انسانها
چنان محکم که گویی سالها بر عرش رحمت ایستاده است
حکیمی از تبار خوب انسانها
بزرگی از بزرگان
صبوری از نیای آنکه در کنعان افق با دوچشمان
می شکافت تا که برتابد
رسد بر اوج عزت ها
رسد بر اوج بودن ها
خدایش پیامرزد

«دکتر محمود سروش»

باتقدیر و تشکراز:

-کلیه اعضای کمیته علمی کشوری آنفلوانزا
-کلیه مدیران گروه تخصصی مبارزه با بیماریها و کارشناسان برنامه مراقبت
آنفلوانزا در معاونتهای بهداشتی دانشگاههای علوم پزشکی کشور

تقدیر و تشکر ویژه از:

آقایان: دکتر علی گل محمدی - دکتر محمدرضا صائینی - دکتر حمید بختیاری -
دکتر احسان پورمحمدیان - دکتر رضا فدایی - دکتر محمدرضا پارسایی -
دکتر محمد افشین علیزاده - سید علی ورشوچیان - علیرضا رسایی - اسماعیل
اختر - یداله جعفری - فریدون سراوانی - سید جلال بطحایی - ابراهیم امینی -
عزت اله خلیلی

خانم ها: دکتر شیوا لقایی - فاطمه عابدی آستانه

فهرست مطالب

پیشگفتار چاپ دوم

پیشگفتار چاپ اول

مقدمه

اصطلاحات

فصل اول - مراقبت و کنترل آنفلوانزای فصلی

۲۱	آنفلوانزا در ایران
۲۲	بیماری آنفلوانزا
۲۲	تعریف
۲۲	اپیدمیولوژی
۲۳	عامل عفونت
۲۴	تغییرات آنتی ژنیک ویروس
۲۵	ترشح ویروس
۲۵	مخزن
۲۵	روش انتقال
۲۵	دوره کمون
۲۵	دوره واگیری
۲۵	حساسیت و مقاومت
۲۶	یافته ها و علائم بالینی
۲۶	آنفلوانزای بدون عارضه
۲۸	آنفلوانزای همراه با عوارض
۲۸	تشخیص
۲۹	واکسن آنفلوانزا
۳۰	افراد در معرض خطر بیماری آنفلوانزا
۳۰	افراد در معرض تماس بیماری آنفلوانزا
۳۱	روش و میزان تجویز واکسن
۳۲	پیامدهای نامطلوب متعاقب واکسیناسیون

۳۳	داروهای ضدویروسی مورد استفاده در آنفلوانزا
۳۵	داروهای منع کننده نورآمینیداز
۳۵	داروهای منع کننده پروتئین M2
۳۶	کنترل و مهار
۳۶	پیشگیری اولیه در سطح جامعه
۳۶	استفاده از اقدامات کنترلی در سطح بیمارستانها و مراکز بهداشتی درمانی و محیط
۳۶	اقدامات در طغیان/ همه گیری
۳۷	اقدامات بین المللی
۳۹	مراقبت بیماری آنفلوانزا
۴۱	معیارهای تشخیص آزمایشگاهی
۴۱	طبقه بندی موارد گزارش شده
۴۲	انواع سیستم مراقبت بیماری آنفلوانزا
۴۴	مراقبت های فعال در کشور
۴۴	مراقبت در پایگاههای دیده ور آنفلوانزا
۴۵	مراقبت آزمایشگاهی آنفلوانزا
۴۶	سیستم مراقبت بیمارستانی
۴۷	سیستم مراقبت اپیدمیولوژیک
۴۷	سیستم مراقبت مرزی
۴۷	مدیریت و هدایت برنامه
۴۷	کمیته کشوری آنفلوانزا
۴۸	زیر کمیته علمی کشوری آنفلوانزا
۴۸	زیر کمیته اجرای کشوری آنفلوانزا
۴۸	شرح وظایف کمیته کشوری
۴۹	شرح وظایف کمیته اجرایی
۴۹	شرح وظایف کمیته علمی
۵۰	شاخص های برنامه
۵۱	دستورالعمل اجرایی راه اندازی پایگاههای دیده ور آنفلوانزا
۵۳	شرایط انتخاب پایگاه دیده ور
۵۳	شرح وظایف پایگاه دیده ور
۵۴	روش کار
۵۵	شرح وظایف ستاد استان در مراقبت آنفلوانزای انسانی

- ۵۵..... شرح وظایف ستاد شهرستان در مراقبت آنفلوانزای انسانی
- ۵۶..... شرح وظایف مراکز بهداشتی درمانی روستایی و شهری در مراقبت آنفلوانزای انسانی
- ۵۷..... شرح وظایف خانه های بهداشت در مراقبت آنفلوانزای انسانی
- ۵۸..... شرح وظایف پایگاههای مراقبت بهداشتی مرزی در مراقبت آنفلوانزای انسانی

فصل دوم - مراقبت و کنترل آنفلوانزای پرندگان در انسان

- ۶۳..... آنفلوانزای پرندگان و اهمیت انتقال آن به انسان
- ۶۴..... خطر گسترش جهانی آنفلوانزای بسیار بیماریزای پرندگان
- ۶۸..... **اهداف مراقبت آنفلوانزای پرندگان در انسان**
- ۶۸..... مراقبت موارد انسانی مشکوک به آنفلوانزای پرندگان
- ۶۸..... گروههای در معرض خطر ابتلا به آنفلوانزای پرندگان
- ۶۹..... چگونگی انتشار همه‌گیری آنفلوانزای پرندگان در سطح یک کشور
- ۷۲..... **اشکال بالینی بیماری در پرندگان**
- ۷۳..... **کنترل آنفلوانزای پرندگان**
- ۷۴..... **تعاریف مورد استفاده در سیستم مراقبت آنفلوانزای پرندگان در انسان**
- ۷۴..... مورد تماس انسانی
- ۷۵..... مورد مشکوک انسانی مبتلا به آنفلوانزای پرندگان
- ۷۵..... مورد محتمل انسانی مبتلا به آنفلوانزای پرندگان
- ۷۵..... مورد تأیید شده انسانی مبتلا به آنفلوانزای پرندگان
- ۷۶..... **پیگیری موارد مشکوک انسانی**
- ۷۷..... ارزیابی موارد مشکوک
- ۷۸..... **اقدامات پیشگیری از آنفلوانزای پرندگان در انسان در وضعیت غیر پاندمی**
- ۷۸..... اقدامات احتیاطی ایزولاسیون در منزل، مراکز بهداشتی درمانی و بیمارستانها
- ۷۹..... اقدامات احتیاطی برای پرسنل بهداشتی درمانی در معرض تماس
- ۸۰..... اقدامات احتیاطی برای تماسهای نزدیک و خانگی
- ۸۰..... اقدامات احتیاطی برای مسافران
- ۸۱..... **گروههای در معرض خطر بیماری و توصیه های پیشگیری دارویی**
- ۸۲..... اقدامات پیشگیری دارویی
- ۸۴..... اقدامات لازم هنگام بروز آنفلوانزای پرندگان در مرغداربها
- ۸۵..... **شرح وظایف سطح کشوری در کنترل آنفلوانزای پرندگان در انسان**
- ۸۶..... شرح وظایف سطح دانشگاهی در مراقبت آنفلوانزای پرندگان در انسان

- شرح وظایف مرکز بهداشت شهرستان در مراقبت بیماری آنفلوانزای پرندگان در انسان ۸۸
- شرح وظایف مراکز بهداشتی درمانی روستایی و شهری در مراقبت بیماری آنفلوانزای پرندگان ۸۸
- شرح وظایف خانه های بهداشت در مراقبت بیماری آنفلوانزای پرندگان ۹۱
- شرح وظایف پایگاه مراقبت بهداشتی مرزی در مراقبت بیماری آنفلوانزای پرندگان ۹۳
- شاخص های برنامه مراقبت آنفلوانزای پرندگان ۹۳**

فصل سوم - تشخیص آزمایشگاهی آنفلوانزا

- جداسازی ویروس ۹۷
- شناسایی ویروس در نمونه بیمار ۹۷
- روش کار ۹۷
- شناسایی آنتی بادی های ضد ویروس ۹۸
- نمونه گیری برای شناسایی سرولوژیک آنفلوانزا ۹۸
- نمونه برداری از بیماران فوت شده ۱۰۰
- تهیه محیط انتقال ویروس برای نمونه های بالینی مشکوک به آنفلوانزا ۱۰۰**
- نمونه گیری برای جداسازی ویروس آنفلوانزا ۱۰۱
- روش نمونه برداری با استفاده از ویروکالت ۱۰۲
- شرح وظایف آزمایشگاههای سطوح مختلف در برنامه آنفلوانزا ۱۰۳
- وظایف آزمایشگاههای بالینی و بیمارستانها ۱۰۳
- وظایف آزمایشگاههای بهداشتی شهرستان ۱۰۳
- وظایف آزمایشگاه ملی آنفلوانزا ۱۰۴
- در دوران پاندمی ۱۰۴

فصل چهارم - آنفلوانزای پاندمیک

- آنفلوانزای پاندمیک ۱۰۷**
- توصیه های سازمان بهداشت جهانی ۱۱۰
- اهداف مراقبت پاندمی آنفلوانزا ۱۱۲
- استراتژیهای پاسخ به پاندمی در کشور ۱۱۳**
- فعالتهای مراقبت پاندمی ۱۱۳**
- تفاوتهای اصلی بین آنفلوانزای فصلی و آنفلوانزای پاندمیک ۱۱۴
- کمیته کشوری مقابله با پاندمی آنفلوانزا ۱۱۵
- زیر کمیته اجرایی پاندمی آنفلوانزا ۱۱۵
- زیر کمیته علمی پاندمی آنفلوانزا ۱۱۵

فصل پنجم - فرمهای عملیاتی

۱۱۹.....	راهنمای تکمیل فرمهای عملیاتی
۱۲۰.....	فرم شماره ۱
۱۲۲.....	فرم شماره ۲
۱۲۲.....	فرم شماره ۳
۱۲۳.....	فرم شماره ۴
۱۲۳.....	فرم شماره ۵
۱۲۴.....	فرم شماره ۶
۱۲۴.....	فرم شماره ۷
۱۲۵.....	فرم شماره ۸
۱۲۷.....	جداول فرمهای عملیاتی

ضمائم

۱۴۵.....	ضمیمه ۱: مروری بر نحوه جمع آوری، نگهداری و انتقال نمونه های آنفلوانزای پرندگان
۱۶۳.....	ضمیمه ۲: دستورالعمل های مقابله محیطی با بیماری آنفلوانزای فوق حاد پرندگان
۱۷۴.....	ضمیمه ۳: دستورالعمل سازمان بهداشت جهانی برای آماده سازی گوشت و سایر محصولات پرندگان جهت مصرف
۱۷۶.....	ضمیمه ۴: برنامه کلی سازمان بهداشت جهانی در خصوص بیماری آنفلوانزا
۱۷۸.....	ضمیمه ۵: آمادگی ها و اقدامات لازم بمنظور بررسی و گزارش اپیدمی یا طغیان
۱۸۳.....	ضمیمه ۶: آیا می دانید
۱۸۴.....	ضمیمه ۷: روشهای ساده جهت پیشگیری از انتشار بیماری آنفلوانزا
۱۸۵.....	ضمیمه ۸: نکاتی در مورد داروهای ضدویروس آنفلوانزا
۱۸۷.....	ضمیمه ۹: مقایسه واکسن زنده آنفلوانزا با واکسن غیرفعال آنفلوانزا
۱۸۸.....	ضمیمه ۱۰: دوز پیشنهادی داروهای ضدویروسی در درمان و پیشگیری از آنفلوانزا
۱۸۹.....	ضمیمه ۱۱: اقدامات احتیاطی جاری
۱۹۳.....	ضمیمه ۱۲: طرز تهیه و استفاده از هیپوکلریت سدیم ۱٪
۱۹۶.....	ضمیمه ۱۳: وسایل کیت حفاظت فردی آنفلوانزا در محیط عملیاتی
۲۰۳.....	ضمیمه ۱۴: اتاقهای جداسازی عفونتهای تنفسی
۲۱۳.....	ضمیمه ۱۵: وسایل ضروری اتاق ایزوله تنفسی

۲۱۷.....	ضمیمه ۱۶: تعریف پنومونی شدید
۲۱۹.....	ضمیمه ۱۷: دستورالعمل سازمان دامپزشکی کشور
۲۲۶.....	ضمیمه ۱۸: دستورالعمل دفن بهداشتی اجساد
۲۲۸.....	ضمیمه ۱۹: توصیه های بهداشتی در خصوص آنفلوآنزای پرندگان و سلامت مواد غذایی
۲۳۰.....	ضمیمه ۲۰: توصیه های بهداشتی به پرورش دهندگان طیور (سنتی و صنعتی) و بازارهای عرضه پرندگان زنده
۲۳۷.....	ضمیمه ۲۱: نمونه های پوستر و پمفلت
۲۴۷.....	منابع

پیشگفتار چاپ دوم:

شکل های شدید آنفلوانزای پرندگان یا به عبارت عامیانه آنفلوانزای مرغی بسیاری از مزارع پرورش طیور را در چندین کشور از سال ۱۹۹۹ میلادی (۱۳۷۶ شمسی) تاکنون آلوده نموده است. افرادی که در دنیا مبتلا شده اند در تماس نزدیک و مستقیم با پرندگان آلوده بوده اند. شواهد قوی مبنی بر کسب توانایی انتقال آسان انسان به انسان توسط ویروس آنفلوانزای H5N1 در حال حاضر وجود ندارد. اما نگرانی مبنی بر ایجاد این توانایی و ترکیب با ویروسهای آنفلوانزای انسانی و ایجاد ویروس جدید همچنان در حال گسترش می باشد. این توانایی ویروس آنفلوانزای پرندگان (تغییر و ترکیب با ویروس آنفلوانزای انسانی) ترس ناشی از ایجاد پاندمی آنفلوانزای انسانی را افزایش می دهد.

گزارش فوری و هشدار زودهنگام، بررسی و تأیید سریع موارد، ثبت سریع و شفاف موارد، پاسخ سریع (شامل اقدامات کنترلی و مهار، ساماندهی موارد، ایزولاسیون و قرنطینه، واکسیناسیون و...) اقدامات اساسی می باشند که بیشترین تأثیر را خواهند داشت.

در این راستا و براساس دریافت نظرات کارشناسی همکاران محترم در دانشگاههای علوم پزشکی کشور و همچنین آخرین یافته های مراقبتی و توصیه های بین المللی دستورالعمل مراقبت آنفلوانزا توسط همکاران و کارشناسان محترم و سخت کوش مرکز مدیریت بیماری های واگیر مورد بازبینی و به روز رسانی قرار گرفته و تحت عنوان راهنمای کشوری مراقبت و کنترل بیماری آنفلوانزا ارائه می گردد.

امید است با رعایت و اجرای نکات ارائه شده در این راهنما همچنان فعالیت های مجدانه شما همکاران محترم بعنوان سد قابل اطمینانی مانع بروز و انتشار لجام گسیخته این بیماری در میهن اسلامی عزیزمان باشد.

دکتر امامی رضوی

معاون سلامت

۱۳۸۸

پرچم دار

خواب دیدم من شما را که دوش
ای عزیز، همکار من، ای سخت کوش
در پس پرده چه جایی داشتید
برتر از گوهر، بهایی داشتید
در جهان، همت نمودید و تلاش
در خفا کار خدایی داشتید
با همه سختی بُدید نستوه به کار
پرچم سبز سلامت را شما افراشتید
آفرین بر غیرت و سعی شما
در کویر زندگی گل کاشتید
(بهنام قزلباش)

مقدمه

کلمه آنفلوانزا از زبان ایتالیایی در قرن پانزدهم به معنای "تأثیر ستارگان" گرفته شده است. در طی قرن بیستم سه پاندمی بزرگ و یک شبه پاندمی روی داده است. اولین مورد پاندمی در سال ۱۹۱۸ و ۱۹۱۹ بنام آنفلوانزای اسپانیایی $A(H_1N_1)$ با میزان مرگی در حدود ۲۰ تا ۴۰ میلیون در کل دنیا روی داد و پس از آن آنفلوانزای آسیایی ناشی از نوع $A(H_2N_2)$ در سال ۱۹۵۷ شروع شد. پاندمی سوم با زیر گونه $A(H_3N_2)$ و معروف به آنفلوانزای هنگ‌کنگی در سال ۱۹۶۸ اتفاق افتاد و آنفلوانزای روسی ناشی از نوع $A(H_1N_1)$ در سال ۱۹۷۷ بروز کرد. طی پاندمی آسیایی و هنگ‌کنگی تمام گروه‌های سنی درگیر بوده‌اند. میزان بالای مرگ و میر بخصوص در گروه سنی بالاتر از ۶۵ سال، اتفاق افتاد. افزایش مرگ و میر، همچنین در کسانی که بیماری زمینه‌ای طبی مثل بیماری‌های قلبی ریوی داشته‌اند، مشاهده شده است. وقتی پاندمی واقعی ویروس در حال شکل‌گیری است، ممکن است قبل از هجوم نهایی ویروس جدید، موج‌های متعددی از طغیانها با یک دوره زمانی ۶ تا ۹ ماهه وجود داشته باشد. این موضوع دلالت بر این دارد که برنامه‌های پیشگیری شامل تهیه واکسن‌ها و داروهای ضد ویروسی، جهت این موج‌های ثانویه نسبت به موج‌های اولیه می‌تواند به نسبت بیشتری کاربرد داشته باشد، هر چند که در برنامه‌ریزی برای پاندمی‌ها بایستی احتمال گسترش بسیار وسیع از کانون اولیه فعالیت به علت افزایش مسافرت‌های بین‌المللی مد نظر باشد.

در هر پاندمی ممکن است تهاجم به سطوح مختلفی از گروه‌های سنی جامعه صورت پذیرد. خوش‌خیم‌ترین پاندمی وقتی بود که نوع ویروس $A(H_1N_1)$ سال 1918، بدلیل نامعلوم مجدداً در سال ۱۹۹۷ ظاهر شد و اکثر کودکان و نوزادان را تحت تأثیر قرار داد.

در سال ۱۹۱۸، بالغین (سنین ۲۰ تا ۵۰ سال) به طور وسیعی تحت تأثیر قرار گرفتند. پاندمی سال‌های ۱۹۵۷ و ۱۹۶۸ تمام سنین را متأثر ساخته و با میزان وسیعی از مرگ و میر در گروه سنی بالای ۶۵ سال و افراد سایر گروه‌های سنی مبتلاء به بیماری زمینه‌ای همراه بوده است. حتی در زمانیکه میزان بروز آنفلوانزا کم بوده آنفلوانزا باعث ۳۰۰۰ تا ۴۰۰۰ مورد مرگ در سال در انگلیس گردیده است. در فاصله سالهای ۱۹۷۲ تا ۱۹۹۵ در ۵ اپیدمی بالغ بر ۲۰۰۰۰ مورد مرگ

روی داده است و بیش از ۹۰ درصد این مرگ‌ها در افراد مسن بوده است. تقریباً سالانه ۱۱۰۰۰۰ مورد بستری مرتبط با بیماری آنفلوانزا در امریکا صورت می‌پذیرد.

بهرحال، نگرانی فعلی در مورد پاندمی‌های آینده، شامل این حقیقت است که مسافرت‌های هوایی ممکن است گسترش گونه جدید ویروس را تسریع نماید.

در بین انواع ویروس‌های آنفلوانزا، نوع A قابلیت ایجاد زیر گروه‌های جدید را دارد و این نوع ویروس علاوه بر انسان توانایی ایجاد بیماری در برخی حیوانات از جمله پرندگان و اسب و خوک را نیز دارد. انواع B و C ویروس آنفلوانزا تنها در انسان قابلیت ایجاد بیماری را دارند. پاندمی‌های جدید از ویروس‌های موجود در پرندگان آبی (به طور عمده اردک‌ها) ناشی شده است.

به نظر می‌رسد قابلیت ایجاد یک زیر گروه جدید ویروس آنفلوانزای نوع A ریشه در توانایی آن در ایجاد بیماری در حیوانات دارد و ترکیبات ژنتیک جدید در حیوانات میزبان منجر به ایجاد زیر گروه‌های جدید ویروس با ویژگی‌های خاص خود می‌گردد و از آنجاییکه سیستم ایمنی جمعیت‌های انسانی توانایی مقابله با این ویروس جدید را ندارند عفونت با سرعت بسیار زیادی گسترش یافته و در مدت زمان کوتاهی می‌تواند منجر به همه‌گیری جهانی گردد.

آثار و شواهد پاندمی آنفلوانزای اسپانیایی در ایران :

بر اساس اسناد بدست آمده که در کتاب قحطی بزرگ و مرگ و میر در ایران مطرح گردیده است در سالهای ۱۹۱۷-۱۹۱۹ (۱۲۹۶-۱۲۹۸ هجری شمسی) با ورود بیماری آنفلوانزای اسپانیایی به ایران در حدود نیمی از ساکنین مناطق آلوده فوت نموده اند. محمد علی جمال زاده، شاهد عینی، در کتاب فوق، این مصیبت را بدین گونه وصف نموده است: «اواخر جنگ جهانی بود که اواسط یک شب تاریک و مخوف سه سوار ترسناک که هریک شمشیر و شلاقی بدست داشتند از محدوده شهر "شیراز" گذشتند و وارد آن شدند. یکی از آنها "قحطی"، دیگری "آنفلوانزای اسپانیایی" و دیگری "وبا" بود. طبقات ضعیف تر جامعه پیر و جوان مانند برگ‌های پاییزی در اثر حمله این سواران بی رحم فروریختند. در هر گوشه و کنار اجساد مردگان بی صاحب پراکنده بود. بازارها و مغازه‌ها خالی و تعطیل بود. نه دکتر و نه پرستار و نه دارو، هیچ یک موجود نبود.

بر اساس گزارش‌های ژنرال سایکس (منبع فوق‌الاشاره) وضعیت بدینگونه توصیف شده است: حمله مخوف آنفلوانزا هم فاتحان و هم مغلوبان را از پا انداخت. از جمعیت ۵۰۰۰۰ نفری شیراز ۱۰۰۰۰ نفر جان خود را از دست دادند. صدها نفر از مردم در کمال ناامیدی در مساجد ازدحام می‌کردند و در همانجا جان خود را از دست می‌دادند. نقطه دیگری از ایران که در آن آنفلوانزا به طور همزمان شدت یافته بود شهر قزوین بود.

اصطلاحات

مراقبت (SURVEILLANCE): جمع آوری مداوم و منظم اطلاعات مرتبط به یک واقعه بهداشتی و تجزیه و تحلیل آن و انجام مداخله مناسب به منظور تغییر در روند واقعه بهداشتی مورد نظر به معنی مراقبت می باشد.

مراقبت دیده‌ور (SENTINILE SURVEILLANCE): جمع‌آوری اطلاعات از نمونه‌های تصادفی یا غیرتصادفی به معنای مراقبت دیده‌ور می‌باشد. این مراقبت به منظور تشخیص زودهنگام موارد بیماری یا بدست آوردن اطلاعات مشخص در خصوص روند یک بیماری یا رویداد بهداشتی به عنوان شاخص اطلاعات انجام می‌گیرد.

طغیان (OUTBREAK): افزایش مقطعی در بروز یک بیماری یا همه‌گیری محدود به معنی طغیان می‌باشد.

اپیدمی (همه‌گیری = EPIDEMIC): وقوع بیشتر از حد انتظار طبیعی موارد یک بیماری یا یک رفتار بهداشتی خاص یا حوادث مرتبط به بهداشت در یک جامعه یا منطقه را اپیدمی می‌نامند.

پاندمی (جهان‌گیری = PANDEMIC): کلمه پاندمی بیانگر یک اپیدمی است که بیشتر جمعیت جهان را درگیر نماید.

افراد در معرض خطر (AT RISK PERSONS): به افرادی که بروز بیماری در آنان باعث عواقب و عوارض بسیار سنگین و شدید می‌گردد افراد در معرض خطر می‌گویند.

افراد در معرض تماس (EXPOSED PERSONS) : به افرادی که بنا به دلایلی (از جمله شغل، فامیل بودن) بیشتر در معرض ابتلا به بیماری (تماس مستقیم یا تماس غیر مستقیم) قرار می گیرند افراد در معرض تماس گفته می شود.

تماس نزدیک (CLOSE CONTACT): تماس نزدیک در معانی زیر می باشد:

- ۱- قرار گرفتن در فاصله کمتر از یک متر با بیمار یا ۲- افرادی که خدمات مراقبتی بهداشتی و درمانی را به بیمار ارائه می کنند یا ۳- زندگی مشترک با بیمار در یک منزل یا ۴- تماس مستقیم با ترشحات تنفسی بیمار

فصل اول

مراقبت و کنترل آنفلوآنزای فصلی

(SEASONAL INFLUENZA SURVEILLANCE & CONTROL)

سابقه

در گذشته رخ‌های مختلفی را می‌توانستیم مشاهده کنیم

در سال ۱۹۶۷ میلادی در هند و پاکستان

در سال ۱۹۶۸ میلادی در هنگ‌کنگ و تایوان
در سال ۱۹۶۹ میلادی در آمریکا و اروپا
در سال ۱۹۷۵ میلادی در آمریکا و اروپا

در سال ۱۹۹۷ میلادی در هنگ‌کنگ و تایوان
در سال ۱۹۹۹ میلادی در آمریکا و اروپا
در سال ۲۰۰۳ میلادی در آسیای شرقی

آنفلوآنزا در ایران:

از سال ۱۳۴۷ شمسی (۱۹۶۸ میلادی) بخش ویروس شناسی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران به عنوان مرکز کشوری تشخیص آنفلوآنزا در ایران همه ساله کوشش خود را در جهت جداسازی و مطالعه سرولوژیک آنفلوآنزا به عمل می‌آورد. از سال ۱۳۶۷ تا سال ۱۳۷۶ ویروس‌های جدا شده در ایران شامل ویروس آنفلوآنزای تیپ **B** و ویروس آنفلوآنزای تیپ **A(H3N2)** بوده است.

شروع فعالیت‌های دیده‌وری در سال ۱۳۸۳:

در سال ۱۳۸۳ به عنوان اولین قدم در طراحی برنامه مراقبتی اقدام به نمونه‌برداری از موارد مشکوک به آنفلوآنزا با هماهنگی دوازده دانشگاه علوم پزشکی در موقعیت‌های مختلف جغرافیایی و جمعیتی و با در نظر گرفتن توان آزمایشگاهی دانشگاه‌های مزبور و زیر نظر آزمایشگاه کشوری آنفلوآنزا گردید که در این راستا نتایج زیر حاصل گردید:

سوشهای شایع در کشور طی سالهای ۱۳۸۳ تا ۱۳۸۶ شامل **A/H₃N₂** و **A/H₁N₁** و **B** بوده است.

شایعترین سوش های کشور

A/H ₁ N ₁	سال ۱۳۸۳
A/H ₁ N ₁ – A/H ₃ N ₂	سال ۱۳۸۴
A/H ₃ N ₂ - B	سال ۱۳۸۵
A/H ₁ N ₁	سال ۱۳۸۶

بیماری آنفلوانزا

تعریف

آنفلوانزا بیماری ویروسی حاد دستگاه تنفسی است که با تب، سردرد، درد عضلانی، تعریق، آبریزش بینی، گلودرد و سرفه تظاهر می‌کند. سرفه اغلب شدید و برای مدتی ادامه می‌یابد ولی سایر نشانه‌های بیماری بعد از ۲ تا ۷ روز خود به خود بهبودی پیدا می‌کند. شناسایی بیماری معمولاً براساس مشخصات اپیدمیولوژیک آن صورت گرفته و موارد تک‌گیر آن را فقط با کمک روش‌های آزمایشگاهی می‌توان تشخیص داد. آنفلوانزا در افراد مختلف ممکن است از سایر بیماری‌های ویروسی دستگاه تنفس قابل تشخیص نباشد. اشکال بالینی بیماری متفاوت بوده و ممکن است نشانه‌هایی مثل سرماخوردگی، برونشیت، پنومونی ویروسی و بیماری‌های حاد غیرقابل افتراق دستگاه تنفسی را نشان دهد. اختلالات دستگاه گوارش (تهوع، استفراغ و اسهال) نیز بروز می‌کند و در کودکان ممکن است نشانه‌های گوارشی علامت غالب باشد. در همه‌گیری آنفلوانزا با سوش‌های ویروسی A (H₁N₁) و B در حدود ۲۵ درصد کودکان در مدرسه‌ها مبتلا به عوارض گوارشی شده‌اند.

اپیدمیولوژی:

اهمیت آنفلوانزا در سرعت انتشار همه‌گیری‌ها، وسعت و تعداد مبتلایان و شدت عوارض آن، به خصوص ذات‌الریه ویروسی و باکتریایی می‌باشد. در همه‌گیری‌های بزرگ شکل شدید یا کشنده بیماری بیشتر نزد سالمندان و افرادی که به دلیل عوارض مزمن قلبی، ریوی، کلیوی، بیماری‌های متابولیک، کم‌خونی و یا نارسایی ایمنی ناتوان شده‌اند مشاهده می‌شود. آنفلوانزا به شکل جهانگیر، همه‌گیری‌های وسیع، کوچک، منطقه‌ای و تک‌گیر مشاهده می‌گردد. در ۱۰۰ سال گذشته جهانگیری‌های بیماری در سال ۱۹۱۸، ۱۹۵۷ و ۱۹۶۸ اتفاق افتاده است. میزان حمله در همه‌گیری‌هایی که در اجتماعات بزرگ اتفاق می‌افتد معمولاً بین ۱۰ تا ۲۰ درصد است در حالی که در اجتماعات بسته مثل مدرسه‌های شبانه‌روزی و یا خانه سالمندان به ۵۰

درصد و بیشتر می‌رسد. همه‌گیری‌ها در مناطق معتدل بیشتر در زمستان و در نواحی گرمسیر بیشتر در ماه‌های بارانی سال اتفاق می‌افتد ولی این روند فصلی بروز همه‌گیری‌ها همواره ثابت نبوده و ممکن است موارد تک‌گیر و یا همه‌گیر بیماری در هر مکانی بدون ارتباط با فصل اتفاق افتد. نو ترکیبی ویروس بین سروتیپ‌های مختلف ویروس A در خوک و انسان، پرندگان وحشی و اهلی، اردک و بوقلمون گزارش داده شده است. ویروس‌های آنفلوآنزایی که جهانگیری‌های سال‌های ۱۹۱۸، ۱۹۵۷ و ۱۹۶۸ را به وجود آورده دارای ژن‌های بسیار نزدیک به ژن ویروس آنفلوآنزای پرندگان بوده‌اند. برای اولین بار در دنیا ویروس آنفلوآنزای انسانی در سال ۱۹۳۳ میلادی جداسازی گردیده است.

عامل عفونت:

ویروس آنفلوآنزا از خانواده ارتومیکسوویریده است که سه تیپ A و B و C دارد. آنفلوآنزای تیپ A با زیر گونه‌های، (H_2N_2 , H_3N_2 , H_1N_1) توانسته است همه‌گیری‌ها و جهانگیری‌های بیماری را ایجاد نماید. تیپ B ویروس با میزان کمتری مسئول ایجاد همه‌گیری‌های منطقه‌ای یا گسترده و تیپ C در ایجاد موارد تک‌گیر و همه‌گیری‌های کوچک موضعی نقش داشته است. تیپ‌های ویروسی به وسیله خصوصیات آنتی‌ژنی دو نوع پروتئین نسبتاً ثابت آنها، (نوکلئو پروتئین و ماتریکس پروتئین)، تشخیص داده می‌شوند. زیر گونه‌های آنفلوآنزای A براساس خصوصیات آنتی‌ژنیک گلیکوپروتئین‌های سطحی آنها، (هماگلوتینین (H) و نورآمینیداز (N)) طبقه‌بندی می‌شوند. موتاسیون مکرر ژن‌های گلیکو پروتئین‌های سطحی ویروس‌های آنفلوآنزای A و B منجر به ایجاد تیپ‌های گوناگون می‌شود که براساس منطقه جغرافیایی، شماره کشت و سال جدا شدنشان نامگذاری می‌شوند. تا کنون ۱۶ گونه هماگلوتینین (H) و ۹ گونه نورآمینیداز (N) برای تیپ A شناخته شده است.

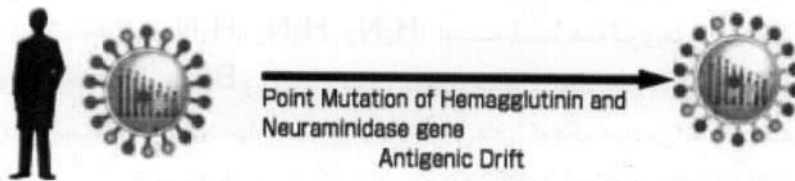
ایجاد زیر گونه‌های کاملاً جدید آنتی‌ژنی (antigenic shift) در فواصل نامنظم و تنها برای ویروس‌های نوع A آنفلوآنزا اتفاق می‌افتد و همین تیپ‌های ویروسی جدید هستند که جهانگیری‌های بیماری را به وجود می‌آورند. این ویروس‌ها نتیجه ترکیب غیرقابل پیش‌بینی آنتی‌ژن‌های ویروس‌های آنفلوآنزای انسان با ویروس‌های آنفلوآنزای خوک و یا پرندگان می‌باشند. تغییرات نسبتاً جزئی آنتی‌ژنی (antigenic drift) در ویروس‌های A و B به طور دائم همه‌گیری‌های مکرر و منطقه‌ای را ایجاد می‌کند و باعث می‌گردد که سالانه ترکیب واکسن آنفلوآنزا عوض شود.

تغییرات آنتی‌ژنیک ویروس آنفلوانزا:

یکی از نماهای مشخص و منحصر به فرد ویروس آنفلوانزا تغییرات مکرر در آنتی‌ژن‌های آن می‌باشد. این تغییرات به عنوان تغییرات آنتی‌ژنیک نامیده می‌شوند. تغییرات ساختمان ژنی ویروس منجر به عفونت‌های متغیر کوچک یا بدون مقاومت در جمعیت در معرض خطر می‌گردد. پدیده تغییرات آنتی‌ژنی دلیلی برای تداوم اپیدمی‌های بزرگ بیماری در جوامع انسانی می‌باشد. تغییرات آنتی‌ژنیک به طور اساسی به دو دسته دریافت و شیفت آنتی‌ژنیک تقسیم می‌شوند:

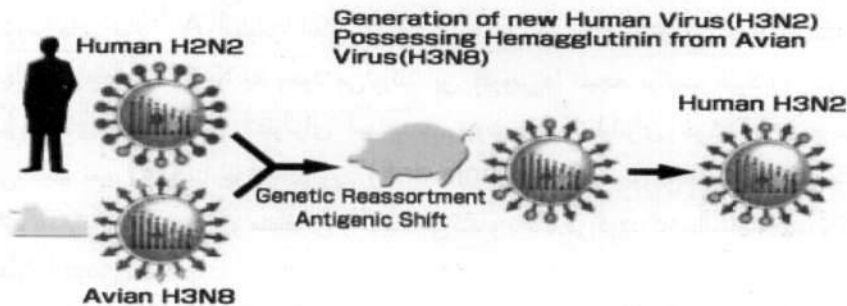
دریافت آنتی‌ژنیک (Antigenic Drift):

به تغییرات کوچک که به طور مداوم در ویروس اتفاق می‌افتد اطلاق می‌گردد (این تغییرات هر سال یا هر چند سال روی می‌دهد).



شیفت آنتی‌ژنیک (Antigenic Shift):

تغییرات عمده در ویروس آنفلوانزا منجر به شیفت آنتی‌ژنیک شده و پاندمی وحشتناک را به علت ویروس‌های جدید که جمعیت انسانی نسبت به آن ایمنی ندارند ایجاد می‌کند. این تغییرات هر ۱۰ تا ۳۰ سال پس از چرخش ویروس در محیط ایجاد می‌گردد.



ترشح ویروس:

ویروس را قبل از شروع علائم بیماری (۲۴ ساعت قبل) در ترشحات دستگاه تنفسی فرد آلوده می‌توان شناسایی نمود. به طور معمول ویروس بعد از ۵ تا ۱۰ روز در ترشحات ویروسی فرد آلوده قابل گزارش نیست.

مخزن:

انسان مخزن اولیه ویروس‌های آنفلوآنزای انسانی است. حیوانات پستاندار مثل خوک و پرندگان احتمالاً به عنوان مخازن سروتیپ‌های ویروسی جدید برای انسان به دلیل نوترکیبی ژنتیکی ویروس‌های انسانی و حیوانی، عمل می‌کنند. یک زیرگونه جدید ویروس آنفلوآنزا با آنتی‌ژن جدید می‌تواند از طریق ابتلای افرادی که فاقد ایمنی نسبت به آن هستند باعث ایجاد جهانگیری بیماری گردد.

روش انتقال:

مهم‌ترین راه انتقال ویروس در محیط‌های بسته پر جمعیت مثل اتوبوس از طریق هوا می‌باشد. از آنجا که ویروس آنفلوآنزا ممکن است ساعت‌ها در شرایط سرد و رطوبت کم در محیط زنده بماند انتقال ویروس از طریق ترشحات آلوده نیز می‌تواند صورت گیرد.

دوره کمون:

این مدت کوتاه بوده و معمولاً بین ۱ تا ۳ روز است.

دوره واگیری:

دفع ویروس احتمالاً در بالغین بین ۳ تا ۵ روز بعد از بروز نشانه‌های بالینی بیماری و در کودکان تا ۷ روز بعد از آن ادامه خواهد داشت.

حساسیت و مقاومت:

وقتی که یک زیرگونه جدید ویروسی ظاهر می‌شود تمام کودکان و بالغین، غیر از آنهایی که هنگام بروز همه‌گیری قبلی با ویروسی مشابه از نظر آنتی‌ژنیک و یا نزدیک به آن آلوده شده‌اند، حساس خواهند بود. مصونیت تنها در مقابل همان سوش ویروسی که بیماری را ایجاد کرده به

وجود می‌آید ولی دوام و قوام آن بستگی به تغییرات آنتی‌ژنی (antigenic drift) و دفعات آلودگی قبلی دارد. تزریق واکسن، آنتی‌بادی مربوط به ویروس‌های موجود در آن واکسن را ایجاد نموده و اگر شخص واکسینه شده تماس با سروتیپ مشابه سروتیپ‌های موجود در واکسن را داشته باشد، این تماس برای او جنبه یک تزریق یادآور را پیدا خواهد کرد. در همه‌گیری‌ها میزان حمله در گروه‌های سنی مختلف منعکس کننده میزان کسب ایمنی آنها در تماس‌های قبلی با سوش ویروسی مشابه است و به این دلیل در اغلب این همه‌گیری‌ها بیشترین میزان بروز را کودکان سن مدرسه دارند.

یافته‌ها و علائم بالینی:

۱- آنفلوانزای بدون عارضه:

آنفلوانزای بدون عارضه به طور مشخص با حمله ناگهانی علائم بعد از یک دوره کمون ۱ تا ۳ روزه شروع می‌شود. بسیاری از بیماران می‌توانند زمان شروع علائم را ذکر کنند. علائم عمومی غالب بوده و شامل تب، لرز، سردرد، درد عضلانی، بی‌حالی و بی‌اشتهایی می‌باشد. معمولاً درد عضلانی یا سردرد بیشترین علامت مشکل‌ساز است و شدت آن مرتبط با اوج تب است. درد عضلانی ممکن است در اندام‌ها و یا عضلات ناحیه پشت دیده شود. در کودکان علائم گوارشی (اسهال، تهوع، استفراغ) می‌تواند تنها علامت بیماری باشد و درد عضلات ساق یا ممکن است به طور واضحی وجود داشته باشد. درد مفاصل به طور شایع دیده می‌شود. درد شدید در عضلات چشم می‌تواند به وسیله نگاه کردن به اطراف تشدید شود. علائم چشمی دیگر شامل اشک ریزش و سوزش چشم است. علائم عمومی معمولاً به مدت ۳ روز باقی می‌مانند. علائم تنفسی شامل سرفه خشک، درد شدید گلو، انسداد و ترشح بینی است. این علائم به طور معمول در شروع بیماری وجود دارند اما تحت تأثیر علائم عمومی پوشانده می‌شوند. همچنین خشونت صدا و خشکی یا ناراحتی گلو ممکن است وجود داشته باشد اما این علائم وقتیکه علائم عمومی کمرنگ می‌شوند ظاهر شده و ۳ تا ۴ روز بعد از فروکش کردن تب باقی می‌مانند. سرفه اکثراً وجود داشته و سخت‌ترین علامت است و ممکن است همراه با ناراحتی یا سوزش زیر جناق سینه باشد. بالغین مسن ممکن است فقط تب بالا، سستی و گیجی بدون شکایات تنفسی مشخص داشته باشند. به علاوه طیف گسترده‌ای از علائم در بالغین سالم وجود دارد (از علائم کلاسیک آنفلوانزا تا بیماری خفیف یا عفونت بدون علائم).

تب یافته بالینی بسیار مهمی است، تب معمولاً به سرعت تا ۳۷/۸ الی ۴۰ درجه سانتی‌گراد بالا رفته و اغلب در شروع بیماری به ۴۱ درجه سانتی‌گراد می‌رسد و همراه با افزایش علائم عمومی است. تب معمولاً مداوم بوده اما می‌تواند منقطع باشد (بخصوص اگر داروهای ضد تب تجویز شده باشد). در روز دوم یا سوم بیماری افزایش درجه حرارت معمولاً ۰/۵ تا ۱ درجه کمتر از روز اول می‌گردد و علائم عمومی کاهش می‌یابد. عموماً دوره تب ۳ روز است اما ممکن است ۴ تا ۸ روز طول بکشد. در تعداد اندکی از بیماران، پیک دوم تب در روز سوم یا چهارم اتفاق می‌افتد. بیماری آنفلوآنزای نوع B ممکن است تا اندازه‌ای خفیف‌تر از بیماری آنفلوآنزای نوع A باشد. عفونت آنفلوآنزای نوع C به شکل سرماخوردگی بدون تب دیده می‌شود.

در دو انتهای طیف سنی، تفاوت‌های عمده در بروز آنفلوآنزا وجود دارد. خروسک همراه با عفونت ویروس آنفلوآنزا فقط در کودکان روی می‌دهد. در میان بالغین مسن، تب یافته بسیار شایع و ثابتی است اگر چه شدت پاسخ به تب ممکن است کمتر از کودکان و بالغین جوان باشد. عوارض ریوی در بالغین مسن بسیار شایع‌تر از هر گروه سنی دیگری است.

بیماری آنفلوآنزای بدون عارضه به طور کلی یک بیماری خود محدود شونده است. بهبودی به سرعت ایجاد می‌شود اما بسیاری از بیماران کاهش قوای جسمانی یا انرژی را برای یک هفته یا بیشتر دارند.

افتراق آنفلوآنزا از سرماخوردگی		
علائم بالینی	آنفلوآنزا	سرماخوردگی
علائم پیش درآمد	ندارد	یک روز یا بیشتر
شروع	ناگهانی	تدریجی
تب ✓	۳۸/۳ تا ۳۹ درجه سانتی‌گراد	در بالغین نادر
سردرد	ممکن است شدید باشد	نادر
درد عضلانی	معمولاً وجود دارد و اغلب شدید	متوسط
خستگی مفرط	معمولاً وجود دارد	هرگز
خستگی/ضعف	ممکن است بیشتر از دو هفته باشد	متوسط
✓ ناراحتی گلو	شایع	گاهی/اغلب
عطسه التهاب بینی	گاهگاهی	معمولاً وجود دارد
	گاهگاهی	معمولاً وجود دارد
✓ سرفه	معمولاً وجود دارد و خشک	متوسط و منقطع/مزاحم

۲- آنفلوانزای همراه با عوارض:

بدنبال آنفلوانزا گاهی عوارض ریوی و غیرریوی بوجود می‌آیند.

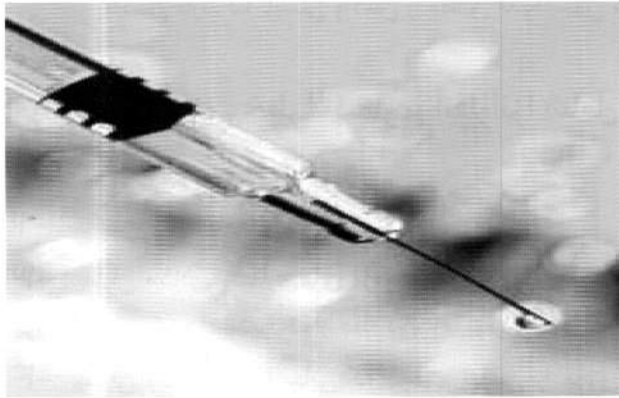
۲-۱- عوارض ریوی: تظاهرات ریوی همراه با آنفلوانزا شامل پنومونی ویروسی اولیه، پنومونی باکتریال ثانویه، پنومونی همزمان باکتری و ویروس، پنومونی ویروسی لوکالیزه، کروپ، تشدید بیماری ریوی مزمن و درگیری ریوی مکرر می‌باشد.

۲-۲- عوارض غیرریوی آنفلوانزا: میوزیت، میوگلوبینوری، عوارض قلبی، سندرم شوک توکسیک، عوارض سیستم عصبی مرکزی (سندرم گیلن‌باره، میلیت ترانسورس، آنسفالیت) و سندرم رای (REYE) می‌باشد.

تشخیص:

در هنگام استقرار بیماری، جداسازی ویروس یا بررسی آنتی‌ژن‌های ویروسی در ترشحات تنفسی بهترین تکنیک تشخیصی می‌باشد. ویروس همچنین بوسیله نمونه‌های تهیه شده بوسیله سواب بینی، سواب گلو، شستشوی بینی یا نمونه‌های بینی و گلو به طور اولیه جدا می‌گردد. تست‌های سرولوژی از قبیل ثبوت مکمل و ممانعت کننده‌های هم‌گلو‌تیناسیون برای تأیید تشخیص گذشته نگر عفونت آنفلوانزا بکار می‌روند (جهت انجام این تستها احتیاج به دو نمونه است، یک نمونه دوران حاد بیماری و یک نمونه دوران نقاهت به فاصله ۱۰ تا ۲۰ روز از نمونه اول).

واکسن آنفلوآنزا:



واکسن آنفلوآنزا بیش از ۶۰ سال است که در دسترس بوده و تجربیات گسترده در طی این مدت ایمنی و اثر بخشی آن را بخوبی نشان داده است. در جمعیتی که در معرض خطر عوارض

شدید بیماری آنفلوآنزا است اثر واکسیناسیون در کاهش بستری و مرگ شناخته شده است. آنتی‌بادی تولید شده در بدن در مقابل یک نوع یا زیر گونه آنفلوآنزا، در مقابل سایر انواع و زیر گونه‌ها اثر محافظتی ندارد و واکسن سالیانه براساس سوش‌های غالب شناخته شده ویروسی آنفلوآنزای همان سال تهیه می‌گردد و بنابراین ذخیره واکسن جهت چندین سال منطقی نمی‌باشد. تهیه واکسن سالیانه محدود بوده و در همه نقاط دنیا به یک اندازه در دسترس نمی‌باشد. دو نوع واکسن شامل ویروس‌های غیرفعال (به شکل تزریقی) و ویروس‌های زنده ضعیف شده به شکل اسپری جهت استفاده از طریق بینی هم اکنون در دسترس می‌باشد.

واکسن‌هایی که از سوش‌های شایع همان سال تهیه شده‌اند در افراد سالم ۷۰ تا ۹۰ درصد در پیشگیری از بیماری مؤثر می‌باشند. همچنین موارد بستری ناشی از آنفلوآنزا را تا ۵۰ درصد کاهش می‌دهند.

زمان ایده‌آل برای واکسیناسیون در نیمکره شمالی از شهریور تا نیمه مهرماه می‌باشد (ایران در نیمکره شمالی واقع می‌باشد) و در نیمکره جنوبی از نیمه خرداد تا نیمه مهرماه است. به طور متوسط حدود دو هفته طول می‌کشد تا پاسخ محافظتی آنتی‌بادی پس از واکسیناسیون در بدن فرد حاصل شود.

■ بطور کلی واکسن آنفلوآنزا جهت گروه‌های در معرض خطر (که ابتلا به آنفلوآنزا در آنان با عواقب سنگین‌تری همراه است) و گروه‌های در معرض تماس (که به دلیل مشاغل خاص، بیشتر در معرض ابتلاء به بیماری قرار دارند) تجویز می‌گردد.

■ از آنجایی که تولید واکسن در دنیا محدود است و تنها ۵٪ جمعیت جهان دسترسی به واکسن دارند لذا بایستی واکسن را مطابق اندیکاسیون تجویز نمود.

افراد "در معرض خطر" بیماری آنفلوانزا شامل:

- ۱- سالمندان (افراد بالای ۵۰ سال)
- ۲- ساکنین آسایشگاه‌ها و کارکنان آن
- ۳- بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن (ریوی از جمله آسم، قلبی - عروقی بجز هایپرتانسیون، خونی، کلیوی، کبدی، متابولیک از جمله دیابت ملیتوس)
- ۴- بیماران مبتلا به بیماری‌هایی که سیستم تنفسی را مختل می نمایند از جمله بیماری‌های احتقانی، صدمات نخاعی، اختلالات صرعی، اختلالات عصبی عضلانی
- ۵- خانم‌های بارداری که سه ماهه دوم و سوم حاملگی آنان مقارن با فصل شیوع آنفلوانزا می‌باشد.
- ۶- کودکان و نوجوانان ۶ ماهه تا ۱۸ ساله‌ای که تحت درمان طولانی مدت با آسپرین می‌باشند.
- ۷- کودکان ۶ ماه تا ۵۹ ماه
- ۸- کلیه کودکان گروه سنی ۱۸-۵ سال

افراد "در معرض تماس" بیماری آنفلوانزا شامل:

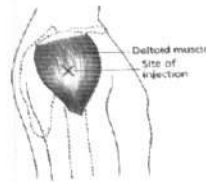
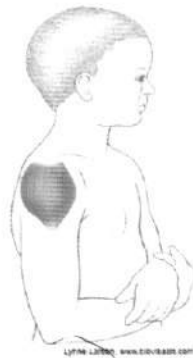
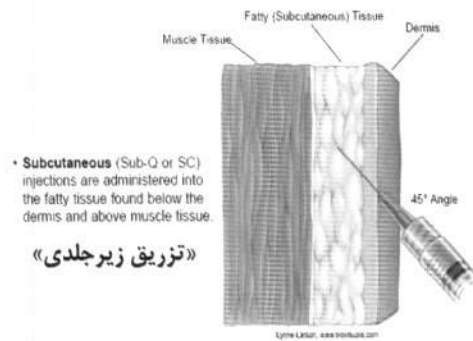
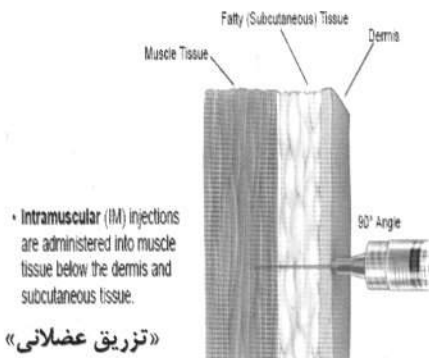
- ۱- کارمندان مراکز ارائه کننده خدمات بهداشتی و درمانی
 - ۲- نیروهای درمانی خدمت دهنده در منازل افراد در معرض خطر
 - ۳- اعضای خانواده (شامل کودکان) افراد در معرض خطر
- ***واکسیناسیون گروه‌های فوق برای کاهش سرایت ویروس آنفلوانزا به افرادی که جزو افراد در معرض خطر هستند توصیه می‌گردد.

■ ذکر این نکته ضروری می‌باشد که واکسیناسیون کلیه کارمندان یک مجموعه به علت بروز احتمالی عوارض و غیبت همزمان کارمندان از محل کار نباید به طور همزمان انجام پذیرد.

گیرندگان واکسن آنفلوآنزا بر اساس میزان موجودی واکسن و سایر مولفه های بهداشتی کشور توسط کمیته علمی کشوری آنفلوآنزا در هر سال اولویت بندی شده و تعیین می گردند.

روش و میزان تجویز واکسن:

راه تزریق واکسن بر حسب راهنمایی کارخانه سازنده، بصورت زیر جلدی یا عضلانی عمیق (ناحیه عضله دلتوئید در بزرگسالان و ناحیه قدامی خارجی ران در کودکان زیر ۲ سال) می باشد. میزان یک نوبت واکسن در هر سال (اوایل پاییز) از واکسن کشته شده به نظر می رسد برای بالغین کافی باشد.



«محل تزریق واکسن در عضله دلتوئید»

میزان دوز واکسن: واکسن بر اساس جدول زیر تجویز می گردد.

میزان دوز واکسن	گروه سنی
یک دوز ۰/۵ میلی لیتری	بالغین و کودکان بالای ۱۳ سال
۲ دوز ۰/۵ میلی لیتری به فاصله ۶ - ۴ هفته	کودکان ۱۲-۴ سال که برای اولین بار واکسن را دریافت می کنند
۲ دوز ۰/۲۵ میلی لیتری بفاصله ۶-۴ هفته	کودکان ۶ ماه تا ۴ سال که برای اولین بار واکسن را دریافت می نمایند

■ واکسن آنفلوانزا باید در دمای ۸ - ۲ درجه سانتی گراد در طبقه میانی یخچال مخصوص واکسن نگهداری گردد.

■ واکسنی که در ایران مورد استفاده قرار می گیرد شامل ویروس های غیرفعال بوده و به شکل تزریقی می باشد.

■ "واکسیناسیون مادر منعی جهت شیردهی به نوزاد نمی باشد".

پیامد های نامطلوب متعاقب واکسیناسیون با واکسن آنفلوانزا:

این واکسن عموماً عارضه چندانی ندارد. افرادی که به تخم مرغ حساسیت دارند نباید این واکسن را دریافت نمایند. زیرا این واکسن از ویروس های رشد یافته در محیط تخم مرغ تهیه می گردد. همچنین افرادی که به اجزای واکسن حساسیت دارند نیز با نظر پزشک باید واکسینه شوند. شایع ترین عارضه جانبی این واکسن احساس سوزش در ناحیه تزریق واکسن می باشد. در ۲۵ درصد موارد قرمزی و اندوراسیون (سفتی) موضعی و حالت کسالت و درد عضلانی (به مدت ۲ - ۱ روز) مشاهده می شود. ۱ تا ۲۰ درصد موارد بدنال واکسیناسیون تب و علائم عمومی ایجاد می شود که ۸ تا ۱۲ ساعت پس از تزریق به حداکثر شدت خود می رسد. عوارض جدی مانند واکنش های حساسیتی شدید و یا سندرم گیلن باره (کمتر از یک تا دو مورد در یک میلیون دریافت کننده واکسن) ندرتاً دیده می شود.

در هنگام برخورد با پیامد های نامطلوب متعاقب واکسیناسیون با واکسن آنفلوآنزا باید براساس دستورالعمل سیستم گزارش دهی عوارض ناشی از واکسن (AEFI) (از انتشارات اداره بیماری های قابل پیشگیری با واکسن و قرنطینه ها - مرکز مدیریت بیماری ها) اقدام نمود.

داروهای ضد ویروسی مورد استفاده در آنفلوآنزا :

داروهای ضد ویروسی می توانند به عنوان مکمل پروفیلاکسی و درمان بکار برده شوند. برای کلیه افراد در معرض خطر می بایست واکسن آنفلوآنزا تزریق گردد و در صورت عدم مصرف واکسن از دارو نیز می توان بعنوان پیشگیری در این گروه استفاده نمود. در صورتیکه فرد در معرض بیماری نبوده و بیمار نیز نشده است درمان پیشگیری در آنها حداقل برای چندین ماه (تا زمان اتمام طغیان یا اپیدمی یا پاندمی) ادامه خواهد یافت (پیشگیری اولیه) و در افرادی که در معرض بیماری بوده اند درمان پروفیلاکسی به مدت ۱۰-۷ روز تجویز می گردد (پیشگیری ثانویه).

داروهای ضد ویروسی اثر واکسن آنفلوآنزا را از بین نمی برند.

گروه های زیر سود بیشتری از داروهای ضد ویروسی خواهند برد:

* افرادی که ریسک بالایی جهت بیمار شدن و مرگ ناشی از آنفلوآنزا دارند شامل:

الف- بیماران قلبی یا ریوی شدید از جمله فیروز کیستیک

ب- بیماران با نقص ایمنی از جمله بیماران ایدز و بیماری های بدخیم مانند لوسمی و لنفوم یا بیمارانی که تحت عمل پیوند استخوان یا اعضاء قرار گرفته اند.

کمپروپیلاکسی تا زمان تأثیر واکسن (به عنوان مثال تا ۱۴-۱۰ روز) ادامه می یابد.

* افراد دچار نقص ایمنی که به دلیلی (مثلا حساسیت به تخم مرغ) قادر نیستند واکسن آنفلوآنزا دریافت نمایند.

* افراد با ریسک بالا که واکسن آنفلوآنزا در آنها ممنوع است مانند واکنش های آنافیلاکتیک شدید به ترکیبات واکسن و یا حساسیت به تخم مرغ (در حال حاضر واکسن در تخم مرغ تهیه می گردد).

* افرادی که مراقبت از بیماران با ریسک بالا را بر عهده دارند و در زمان مقرر واکسینه نشده اند.

* اعضاء واكسینه نشده فامیل كه در تماس با بیماران غیرواكسینه در معرض خطر قرار دارند بخصوص اگر كودكان بیمار در فامیل وجود دارد.

چهار داروی ضدویروس در دو دسته دارویی جهت مقابله با عفونت ویروسی آنفلوانزا مطرح شده اند شامل:

آمانتادین (AMANTADINE) ، ریمانتادین (RIMANTADINE) ،
زانامیویر (ZANAMIVIR) و اوسلتامیویر (OSELTAMIVIR) .

■ آمانتادین و ریمانتادین برای مقابله با ویروس آنفلوانزای نوع A تجویز می گردند.

■ زانامیویر و اوسلتامیویر دو منع کننده نورآمینیداز هستند كه برای هر دو نوع آنفلوانزای A و B بكار می روند.

■ زانامیویر به عنوان پیشگیری مورد استفاده قرار نمی گیرد.

■ هر چهار داروی ضدویروس در صورتیكه در ۴۸ ساعت اول پس از شروع علائم مورد استفاده قرار گیرند، می توانند طول دوره آنفلوانزا را كوتاه نمایند.

■ این داروها از لحاظ عوارض جانبی و اثرگذاری بر روی سنین مختلف و هزینه، متفاوت هستند.

■ این داروها به هیچ وجه نباید بدون تجویز پزشك مصرف شوند زیرا اثر گذاری آنها بر روی عفونت های ویروسی دیگر سودمند نیست.

در هنگام برخورد با عوارض ناشی از دارو باید نسبت به گزارش

عوارض براساس دستورالعمل های معاونت دارو و غذا- اداره ثبت

عوارض ناخواسته دارویی اقدام نمود.

الف- داروهای منع کننده نورآمینیداز:



از این دسته دارویی، داروی اوسلتامیویر در لیست دارویی کشور (به شکل کپسول سولفات اوسلتامیویر ۷۵ میلی گرمی و سوسپانسیون فسفات اوسلتامی ویر) وجود دارد. این دارو بر ویروس‌های آنفلوآنزای A و B مؤثر است و حتی بر اغلب زیر گونه‌های شناخته شده آنفلوآنزای پرنندگان نیز تأثیر دارد. دارو را باید طی ۴۸ ساعت اول شروع علائم بیماری آغاز نموده و به مدت ۵ روز ادامه دهیم. مدت زمان استفاده از این دارو جهت پروفیلاکسی بنا بر شرایط، متغیر و بطور متوسط ۱۰-۷ روز می باشد (در مرحله شروع پاندمی، پروفیلاکسی دارویی بمدت ۲۰ روز می باشد).

حدود ۱۰٪ بیماران طی مصرف اولین دوز اوسلتامیویر، مخصوصاً زمانی که با معده خالی مصرف شود ممکن است دچار حالت تهوع خفیف گردند. از طرفی مصرف همزمان مواد غذایی تأثیری بر میزان جذب دارو ندارد و لذا توصیه شده است این دارو را همراه با غذا تجویز نماییم. مقاومت نسبت به اوسلتامیویر در ۳٪ موارد گزارش شده است.

ب- داروهای منع کننده پروتئین M۲:

این داروها که شامل ریمانتادین و آمانتادین هستند از نظر شیمیایی با یکدیگر مرتبط بوده و باعث منع پروتئین M۲ در ویروس آنفلوآنزای A می گردند. درمان با این داروها باید در عرض ۴۸ ساعت اول شروع علائم بالینی، آغاز شود و به مدت ۵-۲ روز ادامه یابد.

- طی مصرف آمانتادین ممکن است اختلالات خفیف دستگاه اعصاب مرکزی نظیر اشکال در تمرکز و اختلال خواب، عارض شود.
- آمانتادین باعث کاهش آستانه شروع صرع می گردد و لذا در بیماران با سابقه تشنج، نارسایی کلیه، افراد با سن بالای ۶۵ سال و کودکان دوز آن باید تعدیل گردد.

کنترل و مهار:

الف- پیشگیری اولیه در سطح جامعه:

- ۱- آموزش و اطلاع رسانی: مردم و کارکنان خدمات بهداشتی باید نسبت به رعایت بهداشت شخصی به خصوص در مورد سرفه و عطسه کردن بی‌حفاظ و انتقال ویروس از طریق دست‌های آلوده به ترشحات مخاطی آشنا گردند.
- ۲- استفاده از واکسن
- ۳- استفاده از داروهای ضدویروسی بعنوان پیشگیری

ب- استفاده از اقدامات کنترلی در سطح بیمارستانها و مراکز بهداشتی - درمانی و محیط:

- ۱- گزارش به مسئولین بهداشتی منطقه: از طریق گزارش به موقع بهتر می‌توان از انتشار بیماری جلوگیری نمود.
- ۲- جداسازی بیماران:
چنانچه بیماری فرد مشخص شده باشد جدا سازی راه موثر کنترل بیماری در پیشگیری از انتشار بیماری می‌باشد ولی انجام این عمل در اغلب موارد به دلیل تأخیر در تشخیص بیماری و شباهت بیماری با سایر بیماریهای تنفسی با تأخیر صورت می‌گیرد. در همه‌گیری‌ها به دلیل افزایش تعداد بیماران جدا کردن آنهايي که به نظر می‌رسد مبتلا به آنفلوانزا هستند به خصوص نوزادان و کودکان، بسیار مناسب بوده و بهتر است که ۵ تا ۷ روز اول شروع بیماری همه با هم در یک محل نگهداری شوند.
- ۳- محافظت تماس‌ها: مصرف اوسلتامیویر و یا آمانتادین و یا ریمانتادین در پیشگیری از ابتلاء به آنفلوانزای نوع A مفید بوده است (جهت نحوه پیشگیری دارویی در آنفلوانزای پرندگان به فصل آنفلوانزای پرندگان مراجعه کنید)

پ- اقدامات در طغیان/همه‌گیری:

- ۱- آثار شدید و اغلب مخرب همه‌گیری‌های آنفلوانزا بر فعالیت جامعه را می‌توان با طرح برنامه‌های مؤثر بهداشتی برای آموزش مردم به خصوص سازمان دادن برنامه‌های محلی واکسیناسیون و تزریق واکسن به گروه‌هایی که در مخاطره زیاد هستند و کسانی که به

این گروه‌ها خدمت می‌کنند، کاهش داد. بررسی‌های مقدماتی بهداشتی در زمینه وسعت و پیشرفت همه‌گیری و اطلاع مردم از نتایج آنها بسیار مهم است.

۲- تعطیل پراکنده مدارس نقشی در پیشگیری از همه‌گیری ندارد و معمولاً این اقدام خیلی دیر، وقتی که تعداد دانش‌آموزان و کادر آموزشی غایب به دلیل ابتلاء به بیماری زیاد می‌شود، صورت می‌گیرد.

■ شرط موفق بودن در تعطیل نمودن مدارس و همچنین سایر اماکن تجمعی، ارائه آموزش مبنی بر ماندن در منزل و حذف رفت و آمد های غیر ضروری به منظور به حداقل رساندن تماسها و پیشگیری از انتشار و گسترش بیماری می باشد.

۳- مسئولین بیمارستان‌ها باید متوجه باشند که هنگام بروز همه‌گیری مراجعین آنها افزایش قابل توجهی خواهد یافت و علاوه بر این ممکن است غائبین کادر درمانی بیمارستان به دلیل ابتلاء به آنفلوآنزا نیز بسیار زیاد شود. برای پیشگیری از چنین کمبودی باید کادر درمانی بیمارستان هر سال یکبار واکسینه شده و یا در مواقع بروز همه‌گیری آنفلوآنزای A از داروهای ضدویروسی استفاده کنند.

۴- برای پیشگیری از بیماری به هنگام بروز جهانگیری‌های جدید که واکسن آنها تهیه نشده است، مقدار کافی داروهای ضدویروسی برای مصرف در گروه‌هایی که در مخاطره زیاد هستند و خدمات آنها مورد نیاز است باید فراهم شود.

۵- تجمع افراد در محیط‌های سرپوشیده در موقع اضطراری در صورتی که همراه با ورود ویروس به آن محل باشد امکان بروز همه‌گیری را افزایش می‌دهد و بنابراین رعایت دقیق نکات پیشگیری و اقدامات احتیاطی استاندارد و اصول حفاظت فردی در این مواقع ضروری می‌باشد.

ت- اقدامات بین‌المللی:

آنفلوآنزا از بیماری‌هایی است که تحت مراقبت سازمان جهانی بهداشت قرار دارد و در هنگام بروز همه‌گیری باید به توصیه‌های زیر عمل شود:

۱- بروز همه‌گیری بیماری در کشور باید پس از تایید توسط مراجع ذیصلاح به سازمان جهانی بهداشت گزارش شود.

۲- در گزارش ارسالی نوع ویروس باید مشخص شده و نمونه‌هایی از سوش‌های جدا شده به یکی از ۵ مرکز مرجع و تحقیقاتی سازمان جهانی بهداشت (آتلانتا، لندن، توکیو، ملبورن و چین)

- ارسال گردد. نمونه ترشحات گلو، بینی و دو نمونه خون مرحله حاد و نقاهت به هر یک از مراکز ملی تحقیقات آنفلوانزا مورد تأیید سازمان بهداشت جهانی ارسال می شود.
- ۳- باید مراکز بهداشتی کشور سریعاً به بررسی های اپیدمیولوژیک و تشخیص ویروس بپردازند.
- ۴- باید کوشش شود که امکانات بخش دولتی و خصوصی برای تهیه سریع واکسن فراهم باشد و برنامه واکسیناسیون افرادی که در اولویت بندی تعیین شده اند حتماً اجرا شده باشد.

مراقبت بیماری آنفلوآنزا

مراقبت آنفلوآنزا برای گزارش به موقع و ارزیابی گونه‌های جدید یا زیرگروه‌های جدید ویروس آنفلوآنزا ضروری می‌باشد. همچنین گزارش سریع مشخصات این ویروس‌ها برای تهیه واکسن سالیانه الزامی بوده و می‌تواند بیماری را در گروه‌های آسیب‌پذیر جامعه کاهش دهد.

هدف کلی برنامه مراقبت آنفلوآنزا:

هدف کلی برنامه مراقبت آنفلوآنزا آمادگی مقابله با وقوع اپیدمی‌ها و پاندمی احتمالی و کاهش موارد ابتلاء و عوارض و مرگ ناشی از آنفلوآنزا می‌باشد.

اهداف اختصاصی برنامه:

۱. شناخت الگوی اپیدمیولوژیک بیماری آنفلوآنزا
۲. شناسایی جامعه حساس به بیماری آنفلوآنزا
۳. شناخت انواع و زیرگونه‌های جدید ویروس آنفلوآنزا
۴. تقویت و بهبود اطلاع‌رسانی عمومی
۵. آمادگی سیستم مراقبتی و بهداشتی درمانی کشور در مقابله با بیماری
۶. جلوگیری از گسترش و انتشار سریع بیماری

راهبردهای اساسی برنامه:

۱. آموزش و اطلاع‌رسانی (عمومی - تخصصی)
۲. برقراری و تقویت نظام مراقبت بیماری
۳. تأمین واکسن و دارو
۴. بهبود و تقویت نظام آزمایشگاهی
۵. بهبود و تقویت بخش ارائه‌کننده خدمات بستری و درمان

۶. انجام پژوهش‌های عملی و کاربردی
۷. تأمین و توسعه منابع مالی و نیروی انسانی

فعالیت‌های عمده مراقبت آنفلوانزا:

۱. گزارش‌دهی فوری اپیدمی یا طغیان
۲. مشخص نمودن ماهیت اپیدمی یا طغیان
۳. مشخص و جدا کردن ویروس آنفلوانزای در چرخش
۴. ارزیابی نهایی اپیدمی یا طغیان و بررسی مسائل و مشکلات بهداشت عمومی همراه با اپیدمی
۵. انجام اقدامات مداخله‌ای بهداشتی مناسب مشتمل بر واکسیناسیون گروه‌های در معرض خطر و پرخطر و انجام اقدامات کنترلی و مهار
۶. انجام اقدامات مداخله‌ای درمانی مناسب مشتمل بر پیش‌بینی و ارائه خدمات و سرویس‌های درمانی مورد نیاز

در این راستا سیستم مراقبت آنفلوانزا بایستی اطلاعات زیر را جمع‌آوری نماید:

۱. زمان و مکان چرخش ویروس
۲. نوع ویروس در چرخش
۳. تغییرات حاصل شده در ویروس
۴. شناسایی موارد ابتلاء
۵. تأثیر آنفلوانزا بر مرگ و میر
۶. تجزیه و تحلیل وضعیت بیماری (وضعیت تک‌گیر: مشاهده موارد محدود بیماری - وضعیت فراگیر: درگیری کمتر از ۵۰٪ جمعیت - وضعیت گسترده: درگیری بیشتر از ۵۰٪ جمعیت)

تعریف پیشنهادی بیماری آنفلوانزای انسانی در سیستم مراقبت:

تعریف مورد بالینی مشکوک آنفلوانزا: هر فرد با شروع ناگهانی تب بیشتر از ۳۸ درجه سانتی‌گراد (زیر زبانی) و سرفه یا گلودرد به همراه چند علامت از علائم زیر در صورتیکه تشخیص دیگری

مطرح نباشد مشکوک به آنفلوآنزا است: (خستگی، لرز، ضعف، درد عضلانی، قرمزی مخاطات، تماس با فرد مشکوک یا قطعی آنفلوآنزا).

معیارهای تشخیص آزمایشگاهی:

۱- **جداسازی ویروس:** جداسازی ویروس بوسیله نمونه برداری با سواب یا آسپیره کردن ترشحات گلو و حلق از فرد مشکوک و یا گزارش مستقیم آنتی ژن ویروس انجام می پذیرد.

۲- **سرولوژی:** در این روش افزایش چهار برابر تیتراژ آنتی بادی بین نمونه اول و نمونه دوم سرم فرد مشکوک به عنوان معیار تشخیص آزمایشگاهی قرار می گیرد.

طبقه بندی موارد گزارش شده:

۱- **مورد مشکوک (Suspected Case):** فردی که مطابق با تعریف مورد بالینی است مورد مشکوک طبقه بندی می شود.

۲- **مورد تأیید شده (Confirmed Case):** مورد تأیید شده فردی است که مطابق با تعریف مورد بالینی بوده و بوسیله آزمایشگاه هم تأیید شده است.

مواردی که در تجزیه و تحلیل آمار و اطلاعات و گزارش دهی بایستی مورد توجه قرار گیرد:

۱- **تهیه نمودارها:** نمودارها بایستی بر اساس تعداد موارد در هفته / گروه سنی / زیر گروه ویروسی تهیه گردند.

۲- **تهیه جداول:** جداول بایستی بر اساس تعداد موارد در هفته / گروه سنی / منطقه جغرافیایی / زیر گروه ویروسی / نتیجه نهایی تهیه گردند.

۳- **تهیه نقشه ها:** نقشه ها بایستی بر اساس تعداد موارد در هفته / منطقه جغرافیایی (دانشگاه) / کشور تهیه گردند.

۴- **محاسبه میزان های بروز:** میزان های بروز بایستی بر حسب منطقه / شهرستان / دانشگاه / کشور (هفته / گروه سنی / منطقه جغرافیایی / زیر گروه ویروسی / نتیجه نهایی) محاسبه گردند.

۵- محاسبه میزان‌های مرگ و بیماری: میزان‌های مرگ و بیماری بایستی بر حسب منطقه/ شهرستان/ دانشگاه/ کشور (هفته/ گروه سنی/ منطقه جغرافیایی/ زیر گروه ویروسی/ نتیجه نهایی) محاسبه گردند.

انواع سیستم‌های مراقبت بیماری آنفلوانزا:

۱- سیستم مراقبت دیده‌ور آنفلوانزا:

گزارش موارد مشکوک یا تأیید شده بوسیله پایگاه دیده‌ور (مراکز بهداشتی درمانی منتخب و یا پزشکان عمومی و متخصصین « ترجیحاً عفونی، داخلی و اطفال بطور داوطلب ») : در این روش تعداد کل بیماران و تعداد بیماران مشکوک به آنفلوانزا براساس گروه سنی/هفتگی یا ماهیانه بوسیله مرکز بهداشتی درمانی منتخب و یا پزشک همکار گزارش می‌شود.

۲- سیستم مراقبت آزمایشگاهی آنفلوانزا (سیستم مراقبت ویرولوژیک آنفلوانزا):

تعیین نوع ویروس و ساب تایپ در چرخش و گزارش موارد تأیید شده بوسیله آزمایشگاه (سیستم مراقبت ویرولوژیک آنفلوانزا):

از کلیه افراد مشکوک به آنفلوانزای انسانی (پایگاه دیده‌ور) و افراد مشکوک به آنفلوانزای پرندگان و بیماران بستری با تشخیص پنومونی ویرال یا پنومونی شدید که تشخیص دیگری مطرح نباشد و بیمارانی که سابقه مسافرت به مناطق آلوده به آنفلوانزای پرندگان را داشته‌اند و اعضاء خانواده و اطرافیان فرد مبتلا یا مشکوک به آنفلوانزای پرندگان و در زمان پاندمی علاوه بر موارد فوق از موارد شبه آنفلوانزا باید نمونه‌گیری و آزمایش به عمل آید.

انواع نمونه برداری:

- نمونه برداری تصادفی سالیانه از کلیه مناطق جغرافیایی منتخب
- نمونه برداری از افراد مراجعه کننده به پایگاه دیده‌ور
- نمونه برداری از اپیدمی‌های مشکوک تنفسی
- نمونه برداری از افراد بستری در بیمارستان با تشخیص پنومونی ویرال یا پنومونی شدید که تشخیص دیگری مطرح نباشد
- نمونه برداری از افراد مشکوک به آنفلوانزای پرندگان

■ در هنگام بروز طغیانهای گسترده و اپیدمی های بزرگ و پاندمی از موارد شبه انفلوانزا (INFLUENZA LIKE ILLNESS) و پنومونی های متوسط نیز نمونه برداری از نظر انفلوانزا بعمل می آید.

۳- سیستم مراقبت بیمارستانی:

در این سیستم ثبت و گزارش و نمونه برداری از موارد بستری به علت آنفلوانزا یا عوارض ناشی از بیماری انفلوانزا صورت می پذیرد. در این سیستم علاوه بر اقدام گفته شده، نسبت به نمونه برداری از افراد بستری با تشخیص پنومونی شدید که تشخیص دیگری مطرح نباشد (تعریف در ضمیمه می باشد) یا پنومونی ویروسی و گزارش آن اقدام می گردد.

۴- سیستم مراقبت اپیدمیولوژیک انفلوانزا (مراقبت اپیدمی های تنفسی):

در این سیستم گزارش هفتگی جاری در مورد بروز طغیانها و یا اپیدمی های تنفسی مشکوک به انفلوانزا از سطوح مختلف شبکه خدمات بهداشتی و درمانی به سطح مرکزی و جمع آوری اطلاعات از کلیه منابع اطلاعاتی بیمارستان های دولتی و خصوصی، مطبها، اورژانسها، آزمایشگاهها، ادارات آمار حیاتی (اداره متوفیات)، صورت می پذیرد.

۵- سیستم مراقبت موارد مرگ:

در این سیستم مقایسه تعداد کل مرگهای ثبت شده با تعداد مرگهای ناشی از پنومونی یا آنفلوانزا (مرگهایی که پنومونی یا آنفلوانزا بیماری زمینه ای بوده و یا علت مرگ بوده اند) صورت می پذیرد. این سیستم می تواند شامل بررسی مرگهای اتفاق افتاده در بیمارستان و یا کل مرگهای اتفاق افتاده در منطقه تحت پوشش مراقبت باشد.

۶- سیستم مراقبت غیبت از کار یا مدرسه:

این سیستم در ادارات بزرگ و دارای کارمندان زیاد (حداقل ۱۰۰ کارمند) و در مدارس و اماکن تجمعی کاربرد دارد و عبارت از انجام مراقبت در هنگام غیبت بیش از ۱۰٪ دانش آموزان یا کارمندان ناشی از بیماری تنفسی حداقل به مدت ۳ روز متوالی است (این سیستم در واقع قسمتی از سیستم مراقبت اپیدمیولوژیک است).

۷- سیستم مراقبت مسافریین خارج از کشور (مراقبت مرزی):

بررسی و گزارش موارد مشکوک در مسافرینی که علائم بیماری در آنان مشاهده می‌شود. این سیستم در پست های قرنطینه و مبادی ورودی و خروجی کشور به اجرا در می آید.

۸- سیستم مراقبت بین‌المللی:

اطلاعات تزایدی هفتگی موارد تأیید شده آنفلوانزا از کشورها به سازمان جهانی بهداشت (WHO) ارسال می‌شود.

■ در برنامه جهانی مراقبت آنفلوانزا که از ۱۹۴۸ میلادی (۱۳۲۷ شمسی) شروع گردیده است ۱۱۰ مرکز ملی در ۸۳ کشور دنیا فعالیت دارند و ۴ مرکز همکار مرجع در این برنامه عبارتند از: آتلانتا (امریکا)، لندن (انگلیس)، ملبورن (استرالیا)، توکیو (ژاپن)، [چین (پکن) جدیداً به این کشورها اضافه شده است].

■ در این مراکز مخازن مختلف گونه‌های ویروسی جمع‌آوری می‌شوند و نمونه‌های ارسالی مورد بررسی قرار می‌گیرند. اخیراً نمونه‌های حیوانی نیز جهت تعیین و تشخیص ویروس آنفلوانزا بررسی می‌شوند. از سایر خدمات این مراکز آموزش پرسنل آزمایشگاه‌های ملی کشورهای مختلف است.

مراقبت های فعال در کشور:

مراقبت بیماری آنفلوانزا در ایران در حال حاضر، ترکیبی از سیستم‌های مراقبتی شامل مراقبت دیده‌ور، مراقبت آزمایشگاهی، مراقبت بیمارستانی و مراقبت اپیدمی‌های تنفسی و مراقبت مرزی می‌باشد:

الف- مراقبت در پایگاه‌های دیده‌ور آنفلوانزا:

یکی از سیستم‌های مراقبت، روش فعال‌سازی پایگاه‌های دیده‌ور در مراکز بهداشتی درمانی منتخب و یا با مشارکت پزشکان عمومی و متخصصین داوطلب (داخلی- عفونی- اطفال) در امر

دیده‌وری می‌باشد. بدین منظور مراکزی با هماهنگی معاونت‌های بهداشتی دانشگاه‌های علوم پزشکی انتخاب و اقدام به گزارش موارد مشکوک خواهند نمود.

معیارهای انتخاب پایگاه‌های دیده‌ور آنفلوآنزا عبارتند از^(*):

- مراکز بهداشتی درمانی شهری با مراجعین زیاد^(**) به انتخاب معاون بهداشتی در شهرستان
- مراکز بهداشتی درمانی با مراجعین غیر ایرانی زیاد به انتخاب معاون بهداشتی در شهرستان
- مطب خصوصی با مراجعین زیاد^(***) به انتخاب معاون بهداشتی در شهرستان
- واحدهای مراقبت بهداشتی مرزی فعال در حوزه دانشگاه

* دانشگاه‌ها مراکزی را باید انتخاب نمایند که علاوه بر شرایط فوق دارای واحد آزمایشگاهی فعال نیز باشد یا پس از انتخاب، فعال گردد.

** متوسط ویزیت بیماران حداقل ۴۰ تا ۵۰ بیمار در روز در هر شیفت کاری باشد.

*** تعداد مطب‌های خصوصی منتخب و همکار در طرح حداقل ۳-۵ مطب و در ۳-۵ نقطه مکانی هر شهر می‌باشد (توجه: فعالیت مطب‌های منتخب باید کاملاً داوطلبانه باشد و مجموعاً به عنوان یک پایگاه دیده‌وری شناخته می‌شوند).

چرخش کار در پایگاه‌های دیده‌ور:

روش و چرخش کار در دستورالعمل پایگاه‌های دیده‌ور شرح داده شده است.

ب- مراقبت آزمایشگاهی آنفلوآنزا (مشمول بر پایگاه دیده‌ور

آزمایشگاهی آنفلوآنزا «آزمایشگاه‌های منطقه‌ای کشوری»:

با توجه به پهناوری کشور شناخت سریع عامل اپیدمی در صورتی امکان‌پذیر است که علاوه بر آزمایشگاه کشوری (National Lab) آنفلوآنزا (مستقر در دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران) مراکز آزمایشگاهی دیگری نیز اقدام به نمونه‌برداری از بیماران مشکوک و در صورت امکان جدا کردن ویروس نمایند و یا هر چه سریعتر نمونه را به آزمایشگاه کشوری آنفلوآنزا ارسال تا با تعیین ویروس شایع اقدامات لازم به عمل آید.

در این رابطه در مرحله اول پایگاه‌های دیده‌ور آزمایشگاهی آنفلوانزا در دانشگاه‌های علوم پزشکی خراسان (مشهد) - اصفهان (شهر اصفهان) - خوزستان (اهواز) - کرمان (شهر کرمان) - آذربایجان شرقی (تبریز) - سیستان و بلوچستان (زاهدان) - فارس (شیراز) - بوشهر (بوشهر) - همدان (همدان) انتخاب و فعال گردیده‌اند. آزمایشگاه‌های اقماری (Sub - National) شامل تبریز - همدان - اهواز و آزمایشگاه‌های همکار شامل مشهد - اصفهان - کرمان - زاهدان - شیراز - بوشهر می‌باشند.

لازم به ذکر است سه دانشگاه علوم پزشکی مستقر در تهران به طور مستقیم با آزمایشگاه کشوری همکاری می‌نمایند.

چرخش کار در سیستم مراقبت آزمایشگاهی:

روش و چرخش کار در قسمت دستورالعمل پایگاه‌های دیده‌ور شرح داده شده است.

ج - سیستم مراقبت بیمارستانی:

در این سیستم اقدام به گزارش تعداد موارد بستری و مرگ ناشی از آنفلوانزا و سایر عوارض مرتبط با بیماری آنفلوانزا و بررسی بیماران مبتلا به پنومونی شدید می‌گردد.

چرخش کار در سیستم مراقبت بیمارستانی:

■ در پایان هر ماه تعداد موارد بستری و یا فوت با تشخیص آنفلوانزا و یا سایر عوارض مرتبط با آنفلوانزا نسبت به کل موارد بستری و مرگ ثبت شده در بیمارستان جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل و بوسیله معاونت بهداشتی به مرکز مدیریت بیماری‌ها اعلام می‌گردد (اطلاعات در دو برگ تکمیل و یک برگ در محل اولیه بایگانی و برگ دوم به مرکز مدیریت بیماری‌ها ارسال می‌شود). لازم است هماهنگی‌های لازم با معاونت‌های درمان دانشگاه‌ها به عمل آید.

■ از کلیه بیماران بستری با تشخیص پنومونی شدید که تشخیص دیگری مطرح نباشد یا پنومونی ویروسی نمونه برداری بعمل آمده و اطلاعات بر اساس تکمیل فرم‌های عملیاتی مربوط به سطوح بالاتر منتقل می‌گردد.

■ ارسال گزارش تعداد موارد بستری با تشخیص آنفلوانزا / عوارض ناشی از آنفلوانزا / پنومونی شدید و تعداد نمونه برداری شده و ارسال گزارش صفر هفتگی ضروری است.

د - سیستم مراقبت اپیدمیولوژیک (مراقبت اپیدمی‌های تنفسی):

با توجه به ماهیت بیماری آنفلوآنزا در توانایی ایجاد طغیان و اپیدمی‌های تنفسی، مراقبت اپیدمی‌های تنفسی از نظر آنفلوآنزا ضروری می‌باشد.

چرخش کار در سیستم مراقبت اپیدمی‌های تنفسی:

با توجه به اعلام و گزارش اپیدمی تنفسی در منطقه، تیم عملیاتی به محل اعزام و در صورت تطبیق موارد با تعریف آنفلوآنزا اقدام به نمونه‌برداری و ارسال نمونه‌ها به آزمایشگاه نموده و اقدامات لازم در برخورد با اپیدمی را به عمل خواهد آورد.

ه- سیستم مراقبت مرزی:

با توجه به ارتباط جمعیت‌ها و تردد در مرزها و جابجایی متداوم، مراقبت مرزی در پایگاه‌های مراقبت‌های بهداشتی مرزی از جنبه کنترل آنفلوآنزا اصل اجتناب‌ناپذیر می‌باشد.

چرخش کار در سیستم مراقبت مرزی:

با توجه به استقرار نظام مراقبت فعال در پایانه‌های مرزی تعداد موارد سرپایی مشکوک به آنفلوآنزای پرندگان بطور دقیق بصورت روزانه ثبت و به مرکز بهداشتی درمانی پوشش دهنده پایگاه مراقبت‌های بهداشتی مرزی بطور روزانه اعلام می‌گردد.

مدیریت و هدایت برنامه:

به منظور ساماندهی و برنامه‌ریزی و اقدام مناسب کمیته‌های مختلف در سطوح عملیاتی تشکیل گردیده است:

کمیته کشوری آنفلوآنزا:

این کمیته با ترکیب اعضای زیر تشکیل می‌گردد:

معاونت سلامت- رئیس مرکز مدیریت بیماری‌ها - معاونت واگیر مرکز مدیریت بیماری‌ها- رئیس اداره بیماری‌های قابل پیشگیری با واکسن و قرنطینه - مسئول واحد آنفلوآنزا - کارشناسان مسئول مراقبت برنامه - مسئول آزمایشگاه کشوری آنفلوآنزا- و نمایندگان سایر واحد‌های درون سازمانی و سازمان‌ها و ادارات ذیربط در صورت لزوم.

زیر کمیته علمی کشوری آنفلوانزا:

اعضای این زیر کمیته به شرح زیر می باشد:

رئیس اداره بیماریهای قابل پیشگیری با واکسن و قرنطینه - مسئول واحد آنفلوانزا - کارشناس مسئول برنامه مراقبت بیماری آنفلوانزا - متخصص اپیدمیولوژی - متخصص ویروس شناسی - متخصص عفونی اطفال - متخصص عفونی بزرگسالان - متخصص داخلی - متخصص بهداشت عمومی - نماینده دفتر ارتباطات و آموزش سلامت - متخصص بیماریهای ریوی - و سایر متخصصین مرتبط در صورت لزوم.

زیر کمیته اجرایی کشوری آنفلوانزا:

این کمیته با حضور اعضای زیر تشکیل می شود: معاونت بیماریهای واگیر مرکز مدیریت بیماریها - رئیس اداره بیماریهای قابل پیشگیری با واکسن و قرنطینه - مسئول واحد آنفلوانزا - کارشناسان برنامه مراقبت بیماری آنفلوانزا - و سایر کارشناسان در صورت لزوم

- در سطوح دانشگاهی (با توجه به توانمندی) همسان با ترکیب کمیته‌های فوق‌الذکر کمیته‌های دانشگاهی تشکیل می‌گردد.
- کمیته‌های فوق می‌توانند در قالب کمیته‌های آنفلوانزای پرندگان که در فصل بعدی شرح داده شده‌اند فعالیت نمایند.
- شرح وظایف تعیین شده جهت کمیته‌های فوق در صورتی که در قالب کمیته‌های آنفلوانزای پرندگان فعالیت نمایند به شرح وظایف آنها اضافه می‌گردد.

شرح وظایف کمیته کشوری:

- تعیین سیاست‌های جامع و متناسب با برنامه مراقبت آنفلوانزا براساس یافته‌های علمی و امکانات اجرایی کشور
- جلب مشارکت و هدایت همکاری مؤثر سازمانها و نهادهایی که به نحوی در اجرای برنامه نقش دارند.
- نظارت بر حسن اجرای برنامه کشوری
- پشتیبانی و حمایت کامل از برنامه کشوری

شرح وظایف کمیته اجرایی:

- ۱- طراحی برنامه مراقبت کشوری آنفلوانزا
- ۲- اجرای پایش و ارزشیابی برنامه
- ۳- تهیه گزارش روند اجرای برنامه
- ۴- نظارت و هدایت فعالیت کمیته‌های دانشگاهی
- ۵- پشتیبانی فنی و اجرایی برنامه
- ۶- برقراری ارتباط و تبادل اطلاعات فنی با سازمان‌های بین‌المللی
- ۷- هماهنگی درون و برون بخشی با سازمان‌ها و نهادهای مرتبط
- ۸- تهیه و به روز نمودن برنامه مراقبت
- ۹- هماهنگی و هدایت و پیگیری در حسن اجرای برنامه‌های آموزشی و بازآموزی
- ۱۰- حمایت و کنترل و نظارت و تقویت مجموعه آزمایشگاهی برنامه
- ۱۱- حمایت و همکاری در تحقیقات و پروژه‌های پژوهشی
- ۱۲- جلب مشارکت و هدایت سازمان‌های غیردولتی در راستای برنامه
- ۱۳- برآورد و تأمین بودجه برنامه و نظارت دقیق در امر هزینه کرد اعتبارات تخصیص داده شده
- ۱۴- هماهنگی و تأمین امکانات و تجهیزات لازم بالاخص تجهیزات حفاظت فردی
- ۱۵- هماهنگی و تأمین واکسن و داروی مورد نیاز

شرح وظایف کمیته علمی:

۱. بررسی تازه‌های علمی و تطبیق آن با شرایط و امکانات موجود و اجرایی نمودن آن در برنامه مراقبت آنفلوانزا
۲. ارائه راهکارهای مناسب مراقبت و درمان به کمیته اجرایی
۳. تعیین زیر کمیته‌های تخصصی مورد نیاز و تعیین دستور کار لازم از جمله زیر کمیته آموزش و اطلاع رسانی
۴. انجام تحقیقات و پژوهش‌های لازم
۵. طراحی و نظارت بر عملیات پایش و ارزشیابی
۶. تهیه متون آموزشی عمومی و تخصصی
۷. همکاری و مشارکت در تهیه برنامه مراقبت آنفلوانزا

شاخص های برنامه:

- درصد گزارشات واصله از پایگاه های منتخب دیده ور آنفلوانزا
- درصد موارد گزارش شده به تعداد کل بیماران ویزیت شده در پایگاه های دیده ور منتخب
- درصد مثبت شدن نمونه های تهیه شده از موارد مشکوک (پایگاه دیده ور- بیمارستان- اپیدمی تنفسی و ...)
- درصد موارد مرگ ناشی از بیماری به تعداد بیماران گزارش شده
- درصد به موقع بودن گزارشات واصله از پایگاه های دیده ور آنفلوانزا
- درصد بیماران بستری با تشخیص آنفلوانزا به کل بیماران در دوره زمانی مشابه / منطقه مشابه
- درصد بیماران مشکوک / تایید شده بستری دارای سابقه واکسیناسیون آنفلوانزا

دستورالعمل اجرایی

راه‌اندازی پایگاه‌های دیده‌ور آنفلوآنزا

**Guidelines of INFLUENZA SENTINEL
SITES**

بیماری آنفلوانزا

راهنمای کشوری مراقبت و کنترل بیماری آنفلوانزا

راهنمای کشوری مراقبت و کنترل بیماری آنفلوانزا

راهنمای کشوری مراقبت و کنترل بیماری آنفلوانزا

شرایط انتخاب پایگاه دیده‌ور:

پیشنهاد می‌گردد مرکزی که جهت پایگاه دیده‌ور انتخاب می‌شود دارای شرایط زیر باشد:

- ۱- بخش فعال آزمایشگاهی
 - ۲- مراجعین زیاد (در هر شیفت کاری بیش از ۵۰-۴۰ بیمار ویزیت شوند)
 - ۳- دارای ترکیب جمعیتی متفاوت باشد (ایرانی- غیر ایرانی- قومیت‌های مختلف)
 - ۴- دارای سابقه نقل و انتقال و مسافرت زیاد در بین اهالی (کوچ نشین- مهاجر- مسافرت به خارج) (بدیهی است در صورتیکه کلیه شرایط فوق بجز بند ۱ احراز شده باشد بایستی براساس برنامه‌ریزی لازم نسبت به فعال‌سازی آزمایشگاه غیر فعال موجود در مرکز اقدام و یا یک نفر کاردان یا کارشناس آزمایشگاه در مرکز مستقر گردد).
- * مسئولیت پایگاه دیده‌ور با پزشک همکار و مستقر در پایگاه می‌باشد.
- * انتخاب پایگاه دیده‌ور که در واقع یکی از مراکز بهداشتی درمانی موجود در سطح شهرستان می‌باشد به انتخاب معاون بهداشتی دانشگاه می‌باشد.
- * رعایت نکات ایمنی در تهیه نمونه و برخورد با بیماران مشکوک به آنفلوآنزا ضروری می‌باشد.

شرح وظایف پایگاه دیده‌ور:

۱. تطبیق موارد بیماری با تعریف استاندارد
۲. تکمیل فرم‌های مربوطه
۳. تهیه نمونه براساس دستورالعمل و با رعایت ضوابط تعیین شده
۴. ارسال نمونه به آزمایشگاه
۵. پیگیری تا وصول نتیجه آزمایشگاهی
۶. پیگیری موارد تأیید شده آزمایشگاهی و تهیه گزارش

۷. ارائه اطلاعات و فرم‌ها و گزارش (جهت بررسی، تجزیه، تحلیل و تهیه گزارش) به ستاد شهرستان
۸. مشارکت در امر بیماریابی
۹. مشارکت در برنامه‌های آموزشی
۱۰. مشارکت در برنامه‌های اعلام شده از ستاد شهرستان

روش کار:

پایگاه دیده‌ور با شناسایی بیماران مشکوک به آنفلوانزا از طریق تطبیق بیماران مراجعه کننده با تعریف ارائه شده، نسبت به ثبت اطلاعات موارد مشکوک در فرم لیست خطی اقدام می‌نماید و از ۳-۵ مورد اول که با تعریف استاندارد تطابق داده شده و در مرحله حاد بیماری قرار دارند در طی یکی از روزهای هر هفته نمونه‌گیری می‌نماید. بدیهی است در صورتیکه نمونه‌ها در یک روز تهیه نگردد این عمل در طی روزهای آینده تداوم خواهد یافت.

* در نگهداری نمونه‌ها تا زمان تحویل به آزمایشگاه، رعایت شرایط استاندارد نگهداری لازم می‌باشد (چنانچه تا ۷۲ ساعت امکان ارسال نمونه به آزمایشگاه کشوری وجود نداشته باشد نمونه باید در دمای منهای ۷۰ درجه نگهداری گردد در تانک ازت به آزمایشگاه تحویل گردد).

* روز نمونه‌گیری بجز روزهای چهارشنبه و پنجشنبه انتخاب گردد و هماهنگی لازم با آزمایشگاه کشوری آنفلوانزا حتی در صورتیکه نمونه در آزمایشگاه منطقه‌ای مورد آزمایش قرار می‌گیرد، به عمل آید.

* تعداد نمونه‌هایی که بایستی تهیه شوند با هماهنگی آزمایشگاه کشوری آنفلوانزا و توان موجود در کشور قابل تعدیل می‌باشد.

* آزمایشگاه اقماری / همکار (دانشگاهی) پس از اعلام آمادگی و فعال شدن نسبت به انجام امور محوله با هماهنگی آزمایشگاه کشوری اقدام خواهد نمود.

* تیم فعال در پایگاه شامل اعضای زیر که آموزش‌های لازم را گذرانده، می‌باشد: پزشک - کارشناس بهداشت (ترجیحاً مبارزه با بیماری‌ها) - کارشناس یا کاردان آزمایشگاه

شرح وظایف ستاد استان (معاونت بهداشتی دانشگاه) در مراقبت انفلوانزای انسانی:

۱. تعیین یک نفر به عنوان «کارشناس مسئول برنامه» که همان فوکال پوینت اجرایی برنامه در سطح دانشگاه خواهد بود.
۲. تعیین یک نفر در سطح دانشگاه به عنوان فوکال پوینت علمی برنامه که بطور ارجح متخصص عفونی یا متخصص داخلی یا متخصص اطفال خواهد بود.
۳. نظارت، پایش و ارزشیابی فعالیت‌های مرتبط با پایگاه دیده‌ور و برنامه مراقبت انفلوانزا در سطح شهرستان و دانشگاه
۴. هماهنگی‌های لازم جهت اجرای برنامه در کلیه سطوح (درون بخشی و برون بخشی)
۵. تسهیل و پیگیری امور مرتبط به پایگاه‌های دیده‌ور و نظام مراقبت انفلوانزا در سطح دانشگاه/استان
۶. طراحی و تدوین و نظارت و اجرای آموزش‌های لازم جهت پیشگیری و مراقبت از بیماری انفلوانزا در منطقه تحت پوشش دانشگاه
۷. پیگیری اعتبارات مورد نیاز و هزینه در راستای اهداف برنامه
۸. پیگیری و تقویت و راه‌اندازی و افزایش پایگاه‌های دیده‌ور در سطح کلیه شهرستان‌ها
۹. هماهنگی و همکاری و هدایت سطوح مختلف بهداشتی و درمانی در راستای اجرای برنامه
۱۰. جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل اطلاعات مربوط به فعالیت سیستم‌های مراقبت انفلوانزا در سطح دانشگاه
۱۱. تهیه امکانات و تجهیزات فنی و عملیاتی مورد نیاز بالاخص وسایل حفاظت فردی
۱۲. تهیه و ارائه گزارشات مداوم و منظم به سطوح بالاتر
۱۳. تهیه پس‌خوراندهای مداوم و منظم به سطوح محیطی

شرح وظایف ستاد شهرستان در مراقبت انفلوانزای انسانی:

۱. جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل و تهیه گزارش بر اساس فرم‌ها و اطلاعات پایگاه دیده‌ور

۲. ارسال نتایج و گزارش اقدامات و فعالیت‌ها به ستاد استان (معاونت بهداشتی دانشگاه)
۳. ارائه آموزش‌های لازم جهت پیشگیری و مراقبت از بیماری آنفلوانزا در سطح شهرستان
۴. نظارت، پایش و ارزشیابی نحوه اجرای فعالیت پایگاه دیده‌ور و برنامه مراقبت آنفلوانزا
۵. پشتیبانی و تدارکات اجرای برنامه
۶. تعیین یک نفر به عنوان «کارشناس مسئول برنامه» که همان فوکال پوینت اجرایی برنامه خواهد بود.
۷. تعیین یک نفر به عنوان فوکال پوینت علمی برنامه که بطور ارجح متخصص عفونی یا متخصص اطفال یا متخصص داخلی خواهد بود (در شهرستانهایی که متخصص مربوطه وجود ندارد با هماهنگی معاونت بهداشتی دانشگاه نسبت به تعیین فوکال علمی در شهرستان مجاور جهت تحت پوشش بردن برنامه در شهرستان فاقد متخصص اقدام می‌گردد).
۸. بیماریابی و نمونه‌برداری و اقدام لازم در موارد شیوع بیماری‌های تنفسی و یا گزارش موارد مشکوک
۹. جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل اطلاعات مربوط به سیستم مراقبت
۱۰. بررسی و پیگیری شایعات مرتبط، بسیار اساسی می‌باشد و در این راستا ستاد شهرستان باید به کلیه شایعات مرتبط در زمان مقتضی رسیدگی نماید.
۱۱. پیگیری و اجرای برنامه‌های ابلاغی از سطوح بالاتر در راستای مراقبت بیماری آنفلوانزا

شرح وظایف مراکز بهداشتی درمانی روستایی و شهری در مراقبت آنفلوانزای انسانی:

۱. ارائه آموزشهای عمومی و تخصصی
۲. اطلاع رسانی عمومی به جمعیت تحت پوشش
۳. اجرای نظام مراقبت بیماری (اپیدمیولوژیک، موارد مرگ، غیبت از کار و مدرسه و مسافرت)
۴. شناسایی جامعه حساس به بیماری
۵. شناخت الگوی اپیدمیولوژیک بیماری
۶. همکاری در انجام واکسیناسیون گروههای هدف

۷. بیماریابی از طریق تطبیق موارد با تعاریف استاندارد بیماری
۸. ارجاع بیماران به مراکز تخصصی در صورت نیاز
۹. پیگیری اقدامات و دستورات مراکز تخصصی
۱۰. مشارکت در اجرای برنامه های اعلام شده از طرف مرکز بهداشت شهرستان و تیم های عملیاتی
۱۱. انجام اقدامات مداخله ای لازم در کانونهای خطر
۱۲. شناسایی و گزارش عوارض ناخواسته واکسیناسیون
۱۳. جمع آوری و تجزیه و تحلیل اطلاعات و ارسال به سطوح بالاتر
۱۴. تقویت نظام گزارش دهی
۱۵. ارائه پس خوراند مناسب به واحدهای تابعه
۱۶. بررسی و پیگیری شایعات و انجام اقدامات مؤثر در این ارتباط
۱۷. گزارش بهنگام طغیان
۱۸. مهار بهنگام طغیان
۱۹. جلب همکاری بخش خصوصی و بین بخشی
۲۰. هماهنگی و همکاری و هدایت برنامه در واحدهای تابعه
۲۱. نظارت و پایش اجرای برنامه در خانه های بهداشت تابعه
۲۲. پایش و ارزشیابی برنامه های در حال اجرا در ارتباط با مراقبت بیماری
۲۳. همکاری در انجام پژوهشها و تحقیقات
۲۴. پشتیبانی برنامه در واحدهای تابعه

شرح وظایف خانه های بهداشت در مراقبت بیماری آنفلوآنزای انسانی:

- ۱- آموزش عمومی به جامعه تحت پوشش در مورد بیماری (تعاریف، راههای انتقال، روشهای پیشگیری، راههای درمان، اصول و اقدامات احتیاطی)
- ۲- شناسایی افراد حساس جامعه

- ۳- اقدامات لازم جهت واکسیناسیون افراد حساس جامعه و مراقبت عوارض ناخواسته واکسن
- ۴- بیماریابی از طریق تطبیق موارد بیماری با تعریف استاندارد.
- ۵- همکاری و مشارکت در برنامه های ابلاغی و اجرایی از سطوح بالاتر از جمله در زمینه واکسیناسیون، پیگیری موارد، درمان، پیشگیری
- ۶- پیگیری موارد مشکوک در طی طغیان یا اپیدمی تنفسی و انجام اقدامات مرتبط از جمله جداسازی و تشدید مراقبت با هماهنگی سطوح بالاتر
- ۷- جلب همکاری و مشارکت مسئولین محلی (دهیار، معتمدین، شورای اسلامی روستا و سایرین) در کنترل و پیشگیری از انتشار و گسترش بیماری با هماهنگی سطوح بالاتر.
- ۸- شرکت فعال در جلسات آموزشی جهت بازآموزی و به روز رسانی اطلاعات
- ۹- تهیه گزارش اقدامات و فعالیتهای به عمل آمده و ارائه به سطوح بالاتر (ترجیحاً ماهیانه). تذکر این نکته ضروری است که گزارش طغیان یا اپیدمی بلافاصله باید تهیه و ارسال شود.
- ۱۰- ارجاع بیماران به مراکز بهداشتی درمانی مربوطه
- ۱۱- پیگیری اقدامات و دستورات پزشک مرکز بهداشتی درمانی
- ۱۲- گزارش هر گونه مرگ مشکوک به علت آنفلوآنزا و یا عوارض ناشی از بیماری آنفلوآنزا

شرح وظایف پایگاههای مراقبت بهداشتی مرزی (زمینی) «ریلی و جاده ای»- دریایی-هوایی) در مراقبت آنفلوآنزای انسانی:

- ۱- ارائه آموزشهای عمومی به جامعه تحت پوشش در مبادی ورودی و خروجی
- ۲- شناسایی افراد مشکوک به بیماری در مسافرین ورودی و خروجی
- ۳- توصیه لازم جهت واکسیناسیون افراد در معرض خطر یا در معرض تماس قبل از خروج از کشور

- ۴- جلب همکاری و مشارکت مسئولین پایانه مرزی در کنترل و پیشگیری از انتشار و گسترش بیماری با هماهنگی سطوح بالاتر
- ۵- پیگیری موارد مشکوک در طی طغیان یا اپیدمی و انجام اقدامات مرتبط مداخله ای
- ۶- ارجاع بیماران به مراکز تخصصی در صورت نیاز و با همکاری مرکز بهداشتی درمانی پوشش دهنده پایگاه
- ۷- همکاری با تیم های عملیاتی بهداشتی و درمانی

در صورت بروز موارد مشکوک یا مشکوکی، باید اقدامات زیر را در نظر گرفت:

1. تشخیص دقیق و تایید آنفلوانزا
2. گزارش موارد مشکوک و تایید شده به مراکز بهداشتی محلی
3. ایزوله کردن بیماران و مراقبت از آنها
4. استفاده از ماسک و دستکش در هنگام مراقبت از بیماران
5. استفاده از وسایل حفاظت فردی (PPE) در هنگام مراقبت از بیماران
6. استفاده از ماسک و دستکش در هنگام مراقبت از بیماران
7. استفاده از ماسک و دستکش در هنگام مراقبت از بیماران

در صورت بروز موارد مشکوک یا مشکوکی، باید اقدامات زیر را در نظر گرفت:

1. تشخیص دقیق و تایید آنفلوانزا
2. گزارش موارد مشکوک و تایید شده به مراکز بهداشتی محلی
3. ایزوله کردن بیماران و مراقبت از آنها
4. استفاده از ماسک و دستکش در هنگام مراقبت از بیماران
5. استفاده از وسایل حفاظت فردی (PPE) در هنگام مراقبت از بیماران
6. استفاده از ماسک و دستکش در هنگام مراقبت از بیماران
7. استفاده از ماسک و دستکش در هنگام مراقبت از بیماران

در صورت بروز موارد مشکوک یا مشکوکی، باید اقدامات زیر را در نظر گرفت:

1. تشخیص دقیق و تایید آنفلوانزا
2. گزارش موارد مشکوک و تایید شده به مراکز بهداشتی محلی
3. ایزوله کردن بیماران و مراقبت از آنها
4. استفاده از ماسک و دستکش در هنگام مراقبت از بیماران
5. استفاده از وسایل حفاظت فردی (PPE) در هنگام مراقبت از بیماران
6. استفاده از ماسک و دستکش در هنگام مراقبت از بیماران
7. استفاده از ماسک و دستکش در هنگام مراقبت از بیماران

فصل دوم

مراقبت و کنترل آنفلوآنزای پرندگان (در انسان)

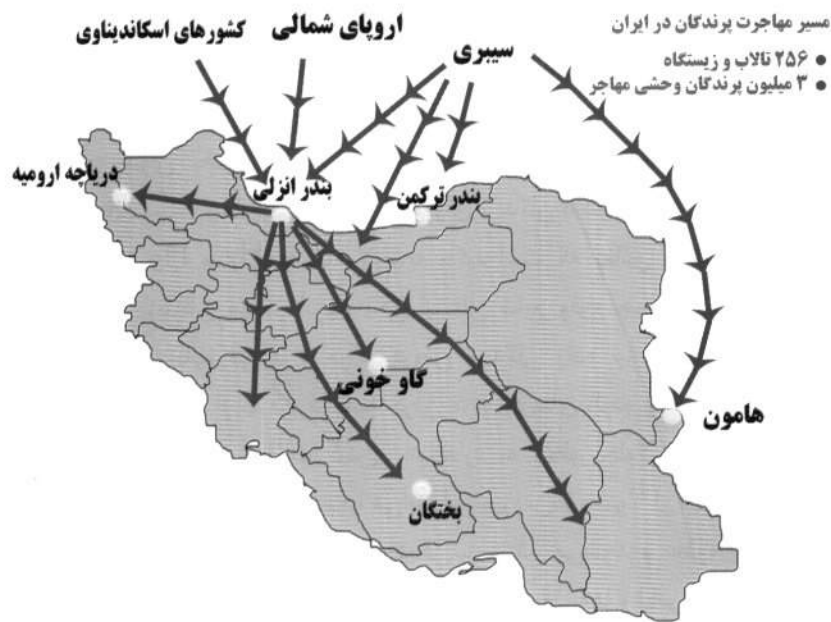
AVIAN INFLUENZA SURVEILLANCE & CONTROL
(In HUMAN)

موضوع نامه

آسیب‌پذیری در برابر آنفلوانزا و تشخیص

(در انسان)

INFLUENZA SURVEILLANCE & CONTROL
(in HUMAN)



آنفلوآنزای پرندگان و اهمیت انتقال آن به انسان:

آنفلوآنزا علاوه بر انسان در گونه‌های مختلف پرندگان و بسیاری از پستانداران از جمله اسب و خوک و گربه سانان مشاهده می‌شود ولی به دلیل امکان پرواز در پرندگان و تنوع سوش‌های ویروس آنفلوآنزای مشاهده شده در پرندگان و خطر انتقال آن به انسان و اثبات بروز پاندمی‌های قبلی با منشاء این ویروس‌ها، آنفلوآنزای پرندگان دارای اهمیت خاص می‌باشد.

آنفلوآنزای پرندگان یکی از بیماری‌های عفونی شناخته شده در گونه‌های مختلف پرندگان است که در اثر عفونت ناشی از برخی از سویه‌های تیپ A ایجاد می‌شود این بیماری حدود ۱۰۰ سال قبل در بین پرندگان ایتالیا حادث گردیده و سپس به سایر نقاط جهان نیز منتشر شده است به نظر می‌رسد کلیه پرندگان نسبت به این بیماری حساس بوده ولی میزان حساسیت آنها ممکن است متفاوت باشد. طیف علائم بالینی در پرندگان مختلف متفاوت بوده و قادر به ایجاد بیماری خفیف تا بسیار شدید، مسری و کشنده می‌باشد. شکل شدید و کشنده بیماری، دارای شروع ناگهانی بوده از شدت بالایی برخوردار است و سریعاً منجر به مرگ می‌شود به طوری که میزان مرگ ناشی از آن در حدود ۱۰۰٪ می‌باشد. همچنین مشخص شده است که پرندگان دریایی و مخصوصاً اردک‌های وحشی، مخازن طبیعی این ویروس‌ها بوده در مقابل ابتلاء به بیماری

حاصله، شدیداً مقاومند و از طرفی پرندگان اهلی و از جمله مرغ‌ها و بوقلمون‌ها بویژه در مقابل اشکال همه‌گیر و سریعاً کشنده بیماری، حساس می‌باشند.

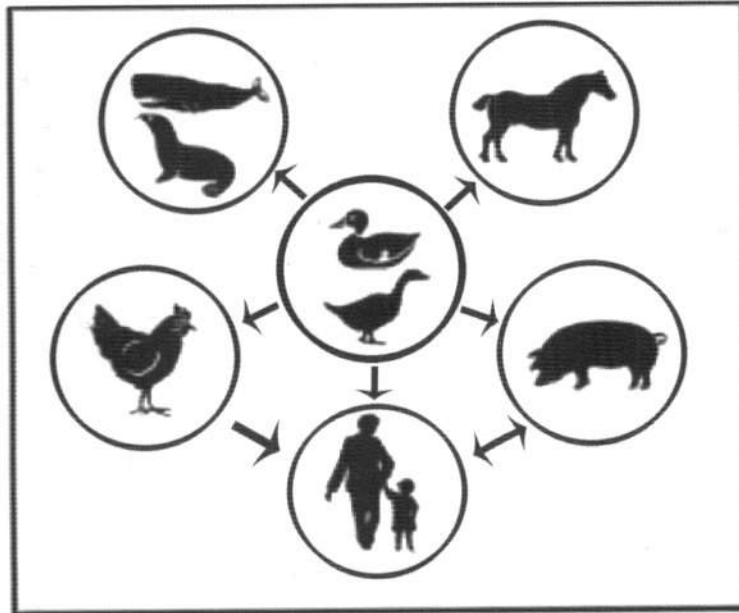
حدود ۱۶ ساب تایپ از ویروس‌های شناخته شده آنفلوانزا قادر به ایجاد بیماری در پرندگان بوده و لذا پرندگان به عنوان مخازن این ویروس‌ها به حساب می‌آیند. ولی تاکنون کلیه طغیان‌های ناشی از سویه‌های شدیداً بیماری‌زای ویروس آنفلوانزای پرندگان (آنفلوانزای فوق حاد پرندگان) ناشی از ساب تایپ‌های H_5 و H_7 بوده‌اند. لازم به تأکید است که تماس مستقیم یا غیرمستقیم پرندگان اهلی با پرندگان مهاجر آبی، یکی از علل شایع وقوع همه‌گیری آنفلوانزا در بین پرندگان اهلی به حساب می‌آید و مراکز فروش پرندگان زنده نیز نقش مهمی در انتشار همه‌گیری، ایفا می‌نمایند. از طرفی قرنطینه کردن مرغداری‌های آلوده و معدوم نمودن پرندگان بیمار یا تماس یافته، جزو اقدامات کنترلی استاندارد به منظور جلوگیری از انتشار به سایر مرغداری‌ها در سطح یک کشور به حساب می‌آید. این ویروس‌ها معمولاً از قابلیت سرایت بالایی برخوردار بوده و به سرعت به مرغداری‌های دیگر نیز منتشر می‌شوند و علاوه بر این‌ها ممکن است به صورت مکانیکی و توسط وسایل و تجهیزات، غذاها، قفسه‌ها و لباس‌های آلوده نیز انتشار یابند و همه‌گیری‌هایی ایجاد کنند که در صورت عدم اجرای اقدامات کنترلی فوری و مراقبت دقیق به مدت چندین سال ادامه یابند (دستورالعمل کنترل بیماری در مرغداری‌های ایران توسط سازمان دامپزشکی کشور به ادارات کل دامپزشکی استان‌ها ابلاغ شده است). مثلاً یکی از همه‌گیری‌های ناشی از ویروس $H_5 N_1$ که با بیماری‌زایی نه چندان شدیدی در سال ۱۹۹۲ در مکزیکو آغاز گردیده نهایتاً به اشکال شدیداً کشنده بیماری تبدیل شده و تا سال ۱۹۹۵ ادامه یافته است.

پرندگان مهاجر و وحشی مخازن طبیعی و عمده ویروس‌های آنفلوانزا هستند. پرندگان وحشی معمولاً بدون علامت می‌باشند و ویروس را برای مدت طولانی دفع می‌کنند، اگر چه اخیراً مرگ و میر در آنها نیز مشاهده شده است.

خطر گسترش جهانی آنفلوانزای بسیار بیماری‌زای پرندگان (انفلوانزای فوق حاد پرندگان) (HPAI) Highly Pathogenic Avian Influenza :

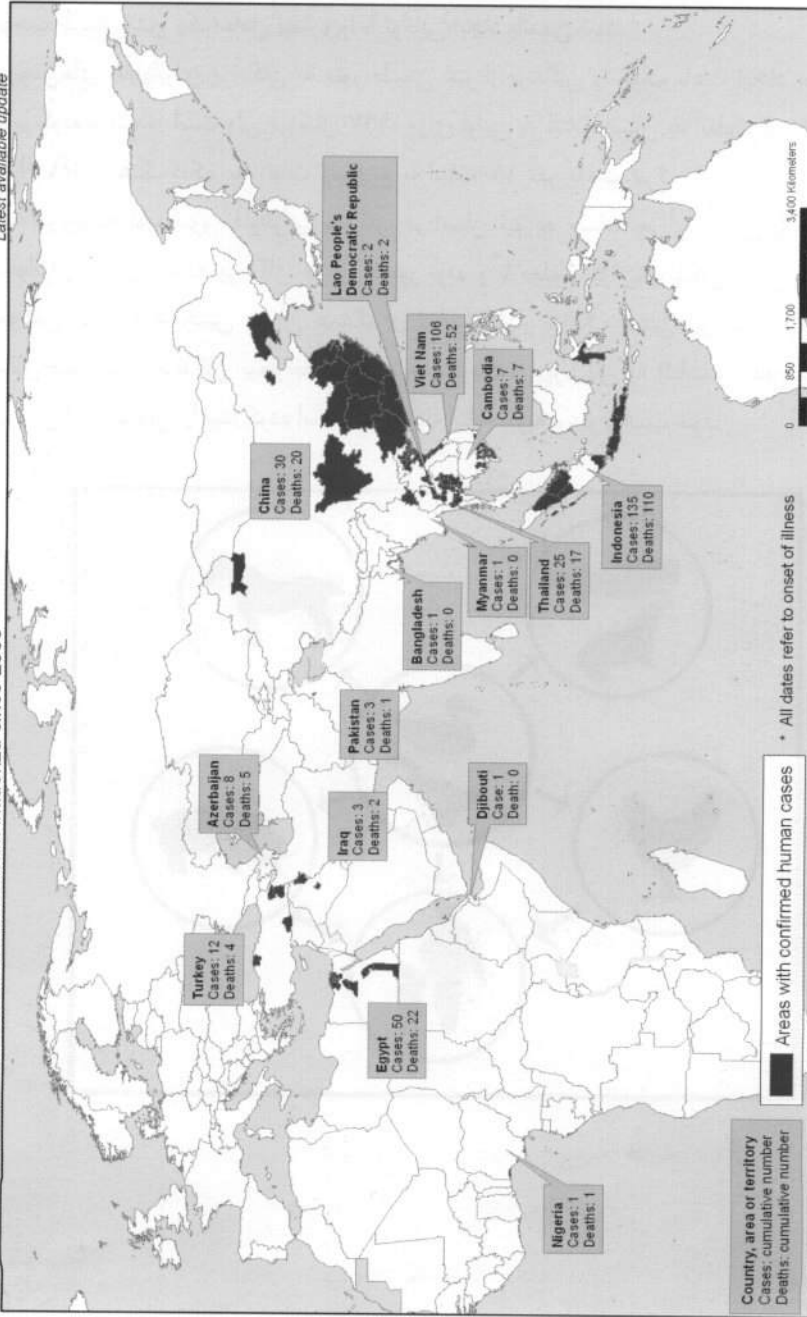
این بیماری که بوسیله آنفلوانزای A/H_5N_1 و A/H_7N_7 و احتمالاً سایر موارد در جمعیت حیوانات بخصوص ماکیان ایجاد می‌گردد و می‌تواند به انسان منتقل شود، توجه به بهداشت عمومی را طلب می‌کند. نه تنها این ویروس انسان را آلوده می‌کند و موجب بیماری شدید با میزان مرگ بالا می‌گردد بلکه این توانایی را دارد که خود را با انسان تطبیق دهد و به عنوان یک

عامل بالقوه بیماریزا برای انسان مطرح گردد یا با سایر ویروس‌های آنفلوآنزای انسانی ترکیب و موجب پدیدار شدن یک عامل بیماری‌زا با توانایی ایجاد پاندمی شود. ویروس‌های آنفلوآنزای پرندگان به طور طبیعی غیر از پرندگان و خوک باعث ایجاد عفونت در سایر گونه‌ها نبوده است ولی در سال ۱۹۹۷ برای اولین بار ابتلاء انسان به آنفلوآنزای تایپ (N₁) A (H₅) در هنگ‌کنگ به اثبات رسید و با ابتلاء ۱۸ نفر باعث مرگ ۶ نفر آنان شد. این همه‌گیری که نوپیدید آنفلوآنزای پرندگان در انسان نیز به حساب می‌آید مقارن با همه‌گیری آنفلوآنزای بسیار کشنده پرندگان در آن کشور بوده و با معدوم کردن پرندگان اهلی، به سرعت فروکش کرده و همچنین در آن همه‌گیری تماس بسیار نزدیک انسان‌های بیمار با پرندگان، انتقال مستقیم از پرندگان بیمار به انسان و حالت مخزنی پرندگان به اثبات رسیده است. اخیراً ویروس این توانایی را پیدا کرده است که موجب ابتلاء گربه و ببر و اسب شود.



Status as of 19 June 2008
Latest available update

Areas with confirmed human cases of H5N1 avian influenza since 2003 *



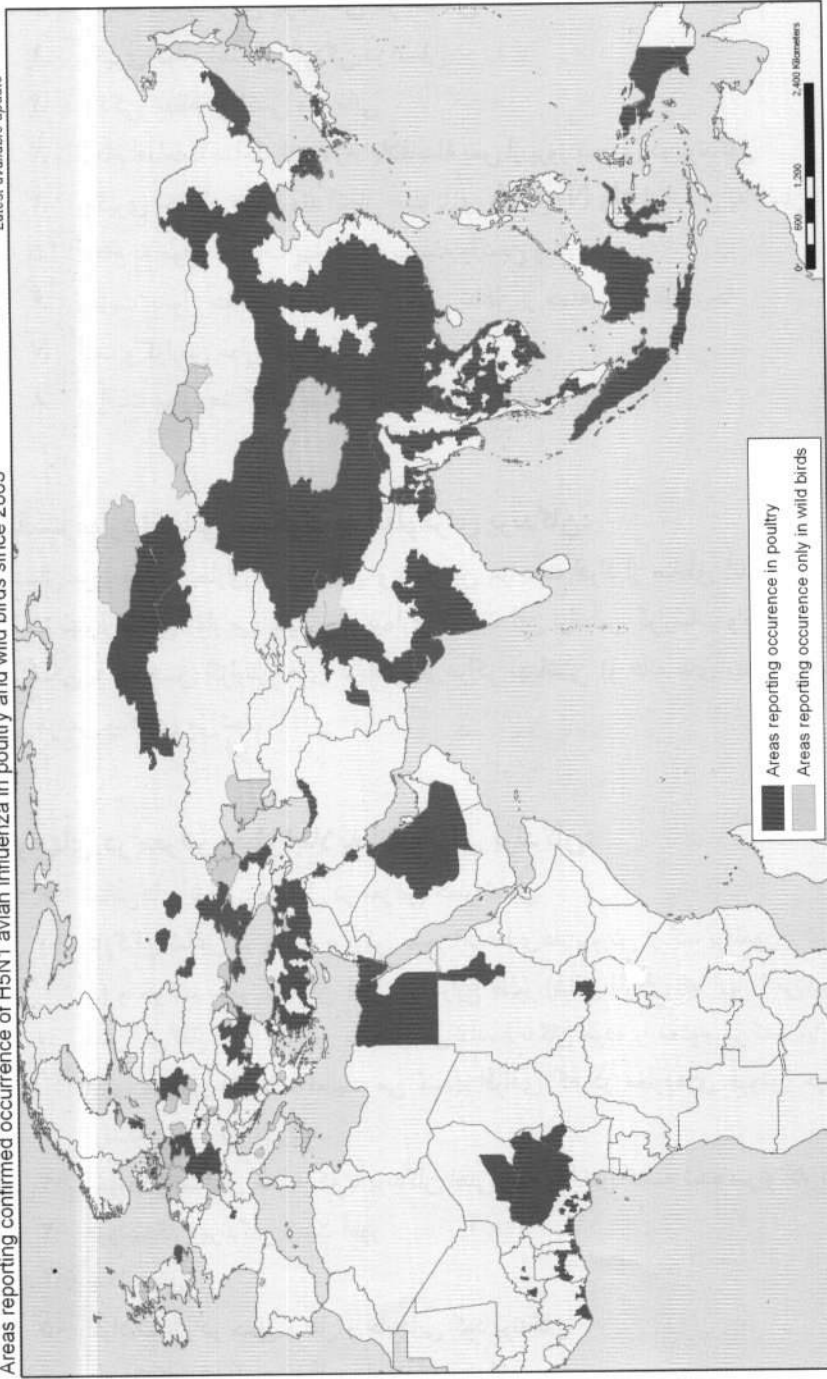
* All dates refer to onset of illness
 Areas with confirmed human cases
 The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

Data Source: WHO
 Map Production: Public Health Information and GIS
 World Health Organization
 © WHO 2008. All rights reserved.



Status as of 27 August 2008
Latest available update

Areas reporting confirmed occurrence of H5N1 avian influenza in poultry and wild birds since 2003



 **World Health Organization**
© WHO 2008. All rights reserved.

The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

■ Areas reporting occurrence in poultry
■ Areas reporting occurrence only in wild birds

Data Source: World Organisation for Animal Health (OIE) and national governments
Map Production: Public Health Information and Geographic Information Systems (GIS), World Health Organization

اهداف مراقبت آنفلوانزای پرندگان در انسان:

۱. پیگیری موارد احتمالی آلودگی در انسان
۲. آمادگی نظام بهداشتی و درمانی
۳. انجام اقدامات مداخله ای لازم بلافاصله پس از بروز بیماری در پرندگان
۴. پیگیری احتمال تغییر روند انتقال آنفلوانزای A نوع H₅ N₁ از انسان به انسان
۵. انجام به موقع اقدامات پیشگیرانه بوسیله واکسن و دارو
۶. رعایت اصول حفاظت فردی در کارکنان شاغل از جمله در مرغداری‌ها
۷. ثبت و گزارش موارد مشکوک انسانی
۸. مراقبت موارد مشکوک انسانی و درمان موارد ابتلا

مراقبت موارد انسانی مشکوک به آنفلوانزای پرندگان:

به دنبال بروز موارد بیماری در پرندگان و همچنین مراجعت افراد از مناطق آندمیک بیماری ، مراقبت موارد انسانی آغاز می شود. بروز بیماری در پرندگان براساس گزارشات واصله از اداره کل دامپزشکی و همچنین گزارش های دریافتی از مراکز بهداشتی (و خانه های بهداشت) و گزارش های مردمی پیگیری می شود.

گروههای در معرض خطر ابتلا به آنفلوانزای پرندگان:

● تماس های شغلی: مشاغل در معرض خطر شامل:

- ۱- کارگران شاغل در مزارع پرورش طیور (مرغداری‌ها، پرورش اردک، بوقلمون ، شتر مرغ و ...) و خوک، سایر کارگران فعال در مزارع طیور (شامل افرادی که آنها را می گیرند و در قفس می گذارند، یا پرندگان را حمل می کنند، پرندگان مرده را معدوم می کنند، یا در جمع آوری و حمل فضولات فعالیت می کنند)، افرادی که در مغازه های فروش حیوانات و پرندگان زنده کار می کنند.
- ۲- آشپزها و مشاغل مشابه که با پرندگان اهلی زنده یا اخیراً کشته شده سر و کار دارند.
- ۳- فروشندگان پرندگان دست آموز
- ۴- شکارچیان
- ۵- افراد شاغل در حمل و نقل و جابجایی کود پرندگان
- ۶- دامپزشکان شاغل در صنایع وابسته به پرندگان

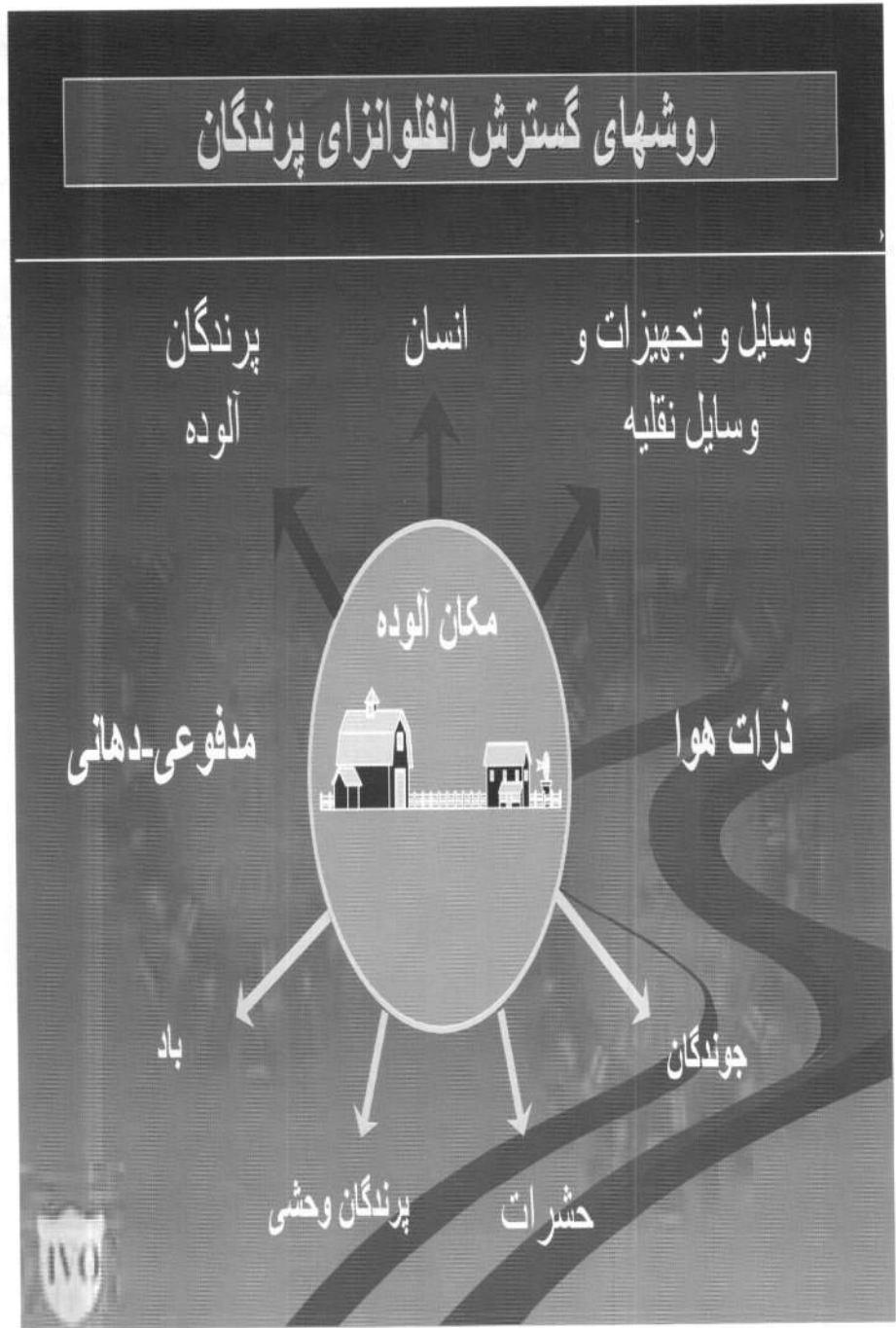
- ۷- افرادی که در آزمایشگاه‌های ویروس شناسی با نمونه ویروس‌های آنفلوآنزای A/H₅ و بررسی آنها، سروکار دارند.
- کارکنان مراقبت‌های بهداشتی و افراد ساکن در مناطقی که مرگ پرندگان خانگی و پرندگان وحشی بیش از حد مورد انتظار اتفاق افتاده است.
 - افرادی که سابقه مسافرت ۱۰ روز قبل از شروع علائم به کشور یا منطقه‌ای که طغیان آنفلوآنزا در جمعیت حیوانی گزارش شده به همراه حداقل یکی از موارد زیر را دارند:
 ۱. تماس (کمتر از یک متر) با ماکیان مرده یا زنده، پرندگان وحشی، یا خوک در هر جایی از کشورهای آلوده
 ۲. حضور در محلی که پرندگان اهلی یا خوک مبتلا (تأیید شده) در ۶ هفته قبل وجود داشته است.
 ۳. تماس (لمس کردن یا در فاصله شنیدن و صحبت معمولی) با یک مورد انسانی تأیید شده آنفلوآنزای A/H₅N₁
 ۴. تماس (لمس کردن یا در فاصله شنیدن و صحبت معمولی) با یک شخص مبتلا به بیماری حاد تنفسی با علت نامشخص که بعداً منجر به مرگ وی شده است.

چگونگی انتشار همه‌گیری آنفلوآنزای پرندگان در سطح یک کشور

در داخل یک کشور بیماری به آسانی از یک مرغداری به مرغداری‌های دیگر انتقال می‌یابد زیرا تعداد زیادی ویروس در فضولات پرندگان وجود دارد و باعث آلودگی گرد و غبار و خاک می‌گردد و ضمناً ویروس از طریق هوای تنفسی به آسانی از پرنده‌ای به پرنده دیگر منتقل می‌شود و لوازم و اشیاء آلوده، غذاها، قفسه‌ها، لباس‌ها و بویژه کفش‌ها نیز موجب انتقال ویروس از محلی به محل دیگر می‌شوند و از طریق پاها و بدن حیواناتی نظیر جوندگان که نقش ناقل مکانیکی را ایفا می‌نمایند نیز ممکن است منتقل گردند و حتی شواهد محدودی حاکی از نقش کک‌ها به عنوان ناقل مکانیکی این ویروس می‌باشد.

ویروس ممکن است از طریق فضولات پرندگان وحشی آلوده به پرندگان اهلی انتقال یابد و خطر انتقال ویروس زمانی افزایش می‌یابد که پرندگان اهلی خارج از قفس و آزاد بوده و یا از منابع آب آلوده به فضولات پرندگان، استفاده نمایند. فروشگاه‌های پرندگان زنده نیز در صورتی که وضعیت بهداشتی مناسبی نداشته باشند یکی دیگر از منابع انتشار ویروس خواهند بود.

ویروس عامل آنفلوانزای پرندگان ممکن است از طریق تجارت جهانی پرندگان زنده از کشوری به کشورهای دیگر انتقال یابد. همچنین پرندگان مهاجر و از جمله انواع آبی، دریایی و ساحلی قادر به حمل ویروس تا فواصل خیلی طولانی و انتقال به مناطق جدید می‌باشند و شواهدی هم در مورد انتشار جهانی برخی از ساب تایپ‌های این ویروس از این طریق وجود دارد. لازم به ذکر است که پرندگان آبی و بویژه اردک‌های وحشی مخازن طبیعی این ویروس بوده و از طرفی از مقاومت بالایی در مقابل عفونت حاصله برخوردار دارند و بدون اینکه به بیماری شدیدی مبتلا شوند قادرند ویروس را در محیط اطراف خود منتشر کنند.



اشکال بالینی بیماری در پرندگان:

این بیماری ممکن است در پرندگان به دو شکل بالینی عارض شود:

- ۱- ناخوشی خفیفی که گاهی فقط با ژولیدگی پرها یا کاهش تولید تخم مرغ مشخص می شود.
- ۲- شکل شدید که اصطلاحاً به آنفلوآنزای شدیداً بیماریزای پرندگان (انفلوآنزای فوق حاد پرندگان)، موسوم است و برای اولین بار در سال ۱۸۷۸ میلادی در ایتالیا تشخیص داده شده و در پرندگان از قابلیت سرایت خیلی بالایی برخوردار بوده و تقریباً صد درصد موارد، سریعاً منجر به مرگ می شود. علائم شامل عدم تعادل، ژولیدگی پرها، تنفس سخت، بی اشتها، افسردگی و پرمردگی، تغییر رنگ تاج و ریش به رنگ آبی، ادم و تورم سر و پلک و تاج و ریش، اسهال آبکی، خونریزی های کوچک، نشانه های خون ریزی در ترشحات بینی، افت ناگهانی تولید تخم، تخم های با پوسته های نرم می باشد.

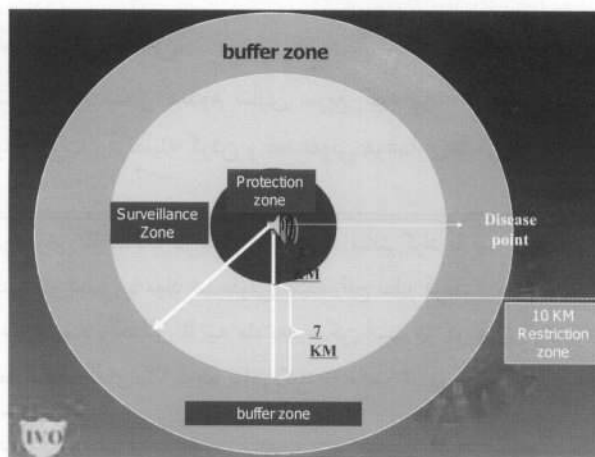


کنترل آنفلوآنزای پرندگان:

مهم‌ترین اقدامات کنترلی شامل معدوم سازی سریع کلیه پرندگان بیمار یا تماس یافته، دفع مناسب لاشه‌ها و فضولات، قرنطینه کردن و ضدعفونی مرغداری‌ها می‌باشد.

ویروس آنفلوآنزا در عرض ۳ ساعت در دمای ۵۶ درجه سانتی‌گراد یا نیم ساعت در دمای ۶۰ درجه سانتی‌گراد و همچنین در تماس با مواد ضدعفونی کننده رایج نظیر فرمالین و ید از بین خواهد رفت. ولی در دماهای پایین مقاوم بوده و حداقل تا سه ماه بعد ممکن است در کودهای آلوده زنده بماند. همچنین قادر است در محیط آب در دمای ۲۲ درجه سانتی‌گراد به مدت ۴ روز و در دمای صفر درجه سانتی‌گراد به مدت بیش از ۳۰ روز به حیات خود ادامه دهد.

مقدار یک گرم از کود آلوده به اشکال شدیداً بیماریزای ویروس آنفلوآنزای پرندگان حاوی تعداد بسیار زیادی ویروس بوده و قادر به آلوده کردن حدود یک میلیون پرنده می‌باشد. یکی دیگر از اقدامات کنترلی مهم این بیماری در بین پرندگان، محدودیت جابجایی پرندگان در داخل کشور و یا بین کشورها می‌باشد. کنترل حرکات پرندگان در **منطقه محافظت (Protection Zone)** (حداقل به شعاع ۳ کیلومتر در اطراف کانون آلوده) و **منطقه مراقبت (Surveillance Zone)** (حداقل به شعاع ۱۰ کیلومتر در اطراف کانون آلوده) باید تعیین و اعلام گردد. به مجموعه منطقه محافظت و منطقه مراقبت، **منطقه محدودیت (Restricted Zone)** می‌گویند. در **منطقه محافظت (Protection Zone)** (حداقل به شعاع یک کیلومتر در اطراف کانون آلودگی) کلیه پرندگان معدوم سازی می‌گردند. **منطقه احتیاط (Buffer Zone)** ابعادی در حدود ۳ تا ۵ کیلومتر در اطراف منطقه مراقبت را تشکیل می‌دهد که بنا به موقعیت و وضعیت منطقه ابعاد آن متغیر می‌باشد. منطقه‌های مشخص شده حداقل تا ۳۰ روز بعد از پاک‌سازی و ضدعفونی محل باید محافظت و مراقبت شوند. همچنین حداقل تا ۲۱ روز هیچ حیوانی در محدوده عملیاتی که معدوم سازی صورت گرفته، نباید وارد شود.



به نظر می‌رسد جلوگیری از تماس پرندگان اهلی با پرندگان وحشی و به ویژه پرندگان آبی باعث پیشگیری از انتشار ویروس‌های بیماری‌زا در بین پرندگان اهلی می‌گردد. ضمناً مشخص شده است که استفاده این پرندگان از منابع مشترک آب، یکی از راه‌های انتقال حتمی ویروس است. زیرا این آبها بوسیله فضولات پرندگان وحشی، آلوده گردیده و به آسانی باعث انتقال ویروس به پرندگان اهلی می‌گردد. شایان ذکر است که آلودگی این‌گونه آبها به دنبال تجمع پرندگان مهاجر، از نظر آزمایشگاهی نیز به اثبات رسیده است و لذا محدود کردن اینگونه تماس‌ها، از بین بردن پرندگان اهلی بیمار یا تماس یافته با ویروس‌های H5 و (تنها سوش‌های با بیماری‌زایی بالا) حتی در صورتی که این ویروس‌ها در ابتدای طغیان از پاتوژنیسیته پایینی برخوردار باشند توصیه شده است. زیرا در بسیاری از طغیان‌هایی که در پنسیلوانیا، مکزیکو، ایتالیا و ... رخ داده است، علیرغم اینکه ویروس عامل همه‌گیری در ابتدا از بیماری‌زایی کمی برخوردار بوده ولی تدریجاً در عرض ۹ - ۶ ماه پس از چند بار عبور از بدن ماکیان به ویروس با بیماری‌زایی بالا و میزان کشندگی حدود ۱۰۰٪ تبدیل گردیده است.

* تعاریف مورد استفاده در سیستم مراقبت آنفلوانزای پرندگان:

* مورد تماس انسانی: فرد در معرض تماس در یکی از حالات زیر تعریف می‌گردد:

۱. تماس با فرد/افراد مشکوک به آنفلوانزای پرندگان
۲. تماس با پرندگان / حیوانات مشکوک یا قطعی مبتلا به بیماری
۳. تماس با کانون آلوده به بیماری آنفلوانزای پرندگان

* مورد مشکوک انسانی مبتلا به آنفلوآنزای پرندگان ($A(H_5N_1)$):

بیمار مبتلا به عفونت حاد دستگاه تنفسی تحتانی بدون علت مشخص به همراه تب بیش از ۳۸ درجه زیر زبانی، سرفه، تنگی نفس و تنفس سطحی به همراه حداقل یکی از موارد تماس زیر در طی ۷ روز قبل از شروع علائم مورد مشکوک انسانی در نظر گرفته می شود:

(الف) تماس نزدیک کمتر از یک متر (برای مثال همسفر بودن، صحبت کردن یا لمس) با مورد مشکوک یا متحمل یا قطعی مبتلا به ($A(H_5N_1)$)

(ب) تماس (برای مثال حمل و نقل، ذبح، پرکنی، قصابی و آماده کردن) با ماکیان یا پرندگان وحشی یا فضولات آنها یا تماس با محیط آلوده به فضولات آنها در منطقه‌ای که مورد انسانی یا حیوانی مشکوک یا قطعی مبتلا به ($A(H_5N_1)$) در یک ماهه اخیر وجود داشته است.

(ج) خوردن خام یا نیم‌پز فرآورده‌های ماکیان در منطقه‌ای که مورد انسانی یا حیوانی مشکوک یا قطعی مبتلا به عفونت ($A(H_5N_1)$) در یک ماهه اخیر وجود داشته است.

(د) تماس نزدیک با موارد حیوانی قطعی مبتلا به ($A(H_5N_1)$) به غیر از ماکیان یا پرندگان وحشی (برای مثال گربه و خوک)

(هـ) کارکردن با نمونه‌های بالینی (حیوانی یا انسانی) مشکوک به آلودگی با ویروس ($A(H_5N_1)$) در آزمایشگاه یا جاهای دیگر

* مورد محتمل انسانی مبتلا به آنفلوآنزای پرندگان ($A(H_5N_1)$)

مورد محتمل شامل یکی از موارد زیر است:

۱. مورد مشکوک به همراه یکی از موارد زیر:

(الف) وجود کدورت یا شواهد پنومونی حاد در رادیوگرافی قفسه سینه به همراه علائمی از نارسایی تنفسی - هیپوکسی - تاکی پنه شدید) یا

(ب) تأیید آزمایشگاهی آلودگی به آنفلوآنزا A و ناکافی بودن شواهد آزمایشگاهی مبنی بر عفونت ($A(H_5N_1)$)

۲. فردی که به دلیل بیماری تنفسی حاد بدون علت مشخص فوت نموده و از نظر اپیدمیولوژیک ارتباط زمانی و مکانی و تماس با یک مورد محتمل یا ثابت شده ($A(H_5N_1)$) داشته باشد.

* مورد تأیید شده انسانی مبتلا به آنفلوآنزای پرندگان ($A(H_5N_1)$)

مورد محتمل یا مشکوک به همراه یکی از آزمایشات زیر:

الف) جدا کردن ویروس $A(H_5N_1)$
ب) نتایج مثبت PCR با بکار بردن دو نوع PCR مختلف برای مثال استفاده از پرایمر اختصاصی آنفلوانزا A و هماگلوتیناسیون H_5
ج) افزایش چهار برابر یا بیشتر آنتی‌بادی خنثی کننده $A(H_5N_1)$ در دو نمونه سرم (مرحله حاد «نمونه سرم گرفته شده در هفته اول پس از شروع علائم» و سرم دوره نقاهت) ضمن آنکه تغییر تیتراژ آنتی‌بادی باید $\frac{1}{80}$ یا بیشتر باشد.
د) میزان آنتی‌بادی Microneutralisation برای $A(H_5N_1)$ مساوی یا بیشتر از $\frac{1}{80}$ در یک نمونه سرم پس از روز چهاردهم شروع علائم به همراه مثبت بودن یک آزمایش سرولوژیک دیگر مثل $(H_5 \text{ Haemeagglutination Inhibition})$ گلبول‌های قرمز اسب با تیتراژ $\frac{1}{160}$ یا بیشتر یا نتیجه مثبت آزمایش لکه غربی (Western Blot Test).

پیگیری موارد مشکوک انسانی:

● در حال حاضر کلیه اطلاعات موارد بیماری در سیستم طبقه

بندی اداری تبادل می‌گردد.

● در صورت مشاهده یا گزارش موارد مشکوک انسانی بایستی فوراً گزارش تلفنی (براساس سلسله مراتب گزارش‌دهی) و براساس اطلاعات فرم لیست خطی انجام پذیرد. فرم لیست خطی در دو برگ تهیه شده و یک برگ آن به سطح بالاتر ارسال می‌گردد و این روند تا بالاترین سطح به مرحله اجرا در می‌آید.
● در صورتی که مورد با تعریف مشکوک مطابقت ندارد ولی پزشک متخصص تأکید بر احتمال ابتلاء بیمار دارد لیست خطی بصورت نمابر ارسال می‌گردد و روی آن جمله "عدم مطابقت با تعریف مورد مشکوک و بنا بر تشخیص پزشک" ذکر می‌گردد.

● فرم تکمیل شده بررسی اپیدمیولوژیک پس از بهبود یا فوت به سطوح بالاتر ارسال می‌شود و نمونه‌ای از آن نیز در مرکز بهداشت شهرستان و استان نگهداری می‌گردد.

● موارد تماس، باید بمدت ۱۰ روز از نظر بروز تب و سایر علائم تحت مراقبت قرار گیرند. در این مدت روزانه ۲ بار (بفاصله ۱۲ ساعت) درجه

حرارت بدن آنها ثبت و کنترل گردد و در صورت بروز علائم به سرعت تحت درمان و سایر اقدامات مداخله ای بهداشتی قرار گیرند.

- موارد مشکوک باید تحت مراقبت و در صورت لزوم بستری شوند.
- موارد مشکوک بستری شده بایستی تا ۲۴ ساعت پس از قطع تب در بیمارستان تحت نظر قرار گیرند.

● رعایت اقدامات احتیاطی از جمله بهداشت دستها (شست و شوی دستها با آب و صابون به مدت ۱۵ تا ۲۰ ثانیه) برای کاهش ریسک خطر انتقال ویروس بسیار اهمیت دارد.

ارزیابی موارد مشکوک:

- ۱- از کلیه افراد مشکوک باید نمونه برداری بعمل آید.
- ۲- نمونه‌های مورد مشکوک به همراه فرم لیست خطی تکمیل شده به آزمایشگاه ملی آنفلوآنزا- دانشکده بهداشت دانشگاه تهران ارسال می‌گردد.
- ۳- یک نمونه باید از مجرای تنفسی مورد مشکوک بوسیله سواب حلق، یا شست و شوی حلق (غرغره) گرفته شود. نمونه غرغره و یا سواب طی مدت حداکثر ۷۲ ساعت با رعایت زنجیره سرما و ایمنی زیستی (BIO-SAFETY) و ایمنی شغلی (BIO-SECURITY) به همراه فرمهای مربوطه به آزمایشگاه کشوری منتقل می‌گردد.
- ۴- در موارد لزوم دو نمونه سرم شامل یک نمونه بلافاصله پس از تشخیص مورد مشکوک (مرحله حاد) و یک نمونه مرحله نقاهت (بعد از سه هفته از شروع بیماری) با هماهنگی آزمایشگاه کشوری آنفلوآنزا جهت بررسی آنتی‌بادی آنفلوآنزای پرندگان تهیه می‌گردد. در صورت بدحال شدن بیمار نمونه دوم تهیه می‌گردد. فاصله بین نمونه اول و دوم الزاماً سه هفته نیست زیرا نمونه دوم پس از سه هفته از شروع علائم تهیه می‌شود و مطمئناً بیمار ممکن است چند روز پس از شروع علائم مراجعه کرده باشد و نمونه اول گرفته شده باشد.
- ۵- بیماران مشکوک مبتلا به آنفلوآنزای پرندگان بلافاصله پس از تشخیص بایستی تحت درمان با داروی ضدویروسی قرار گیرند. اولویت با استفاده از داروی اوسلتامیویر می‌باشد و در صورت عدم دسترسی به آن از آمانتادین استفاده می‌شود.

مصرف اوستامیویر جهت درمان بر اساس گروه سنی و وزن:

مقدار اوستامیویر	گروه سنی / وزن
۷۵ میلی گرم دو بار در روز	بالغین
۳۰ میلی گرم دو بار در روز	کودکان با وزن کمتر از ۱۵ کیلوگرم
۴۵ میلی گرم دو بار در روز	کودکان با وزن ۱۵ تا ۲۳ کیلوگرم
۶۰ میلی گرم دو بار در روز	کودکان با وزن ۲۳ تا ۴۰ کیلوگرم
۷۵ میلی گرم دو بار در روز	کودکان با وزن بیشتر از ۴۰ کیلوگرم

***طول مدت درمان ۵ روز می باشد.

۶- موارد مشکوک بستری پس از بهبود حال عمومی و ۲۴ ساعت پس از قطع تب از بیمارستان مرخص می شوند و در صورتی که علت دیگری برای بیمار تشخیص داده شد بر اساس پروتکل های مربوطه اقدام می گردد.

اقدامات پیشگیری آنفلوانزای پرندگان $A(H_5N_1)$ در انسان در وضعیت غیر پاندمی:

الف) اقدامات احتیاطی ایزولاسیون (جداسازی) در منزل، مراکز بهداشتی درمانی و بیمارستان ها:

- بیماران باید در وضعیت ایزولاسیون کامل، (تماسی، ریزقطرات تنفسی و ذرات هوایی معلق)* قرار گیرند.
- بیماران باید حتی الامکان به تنهایی در یک اتاق با فشار منفی بستری شوند و در غیر این صورت در یک اتاق یک تخته که درب بسته باشد.

* Contact isolation
* Droplet isolation
* Air – born isolation

- اگر اتاق یک تخته در دسترس نمی‌باشد، بیماران مشابه با تشخیص یکسان در اتاق چند تخته بستری شوند ولی تخت‌ها باید حداقل یک متر از همدیگر فاصله داشته باشند و بهتر است بین تخت‌ها پارتیشن‌بندی شود (حداقل با پرده)
- استفاده از وسایل حفاظت فردی شامل ماسک‌های مؤثر تنفسی (N95 و FFP2 و یا ماسک‌های با استاندارد معادل)، گان آستین بلند، محافظ صورت یا عینک محافظ و دستکش برای پرسنل بهداشتی درمانی توصیه می‌شوند و ضروری است پس از استفاده به روش بهداشتی معدوم شوند.
- در صورت امکان پرسنل بیمارستان و پزشک ارائه‌کننده خدمات به بیمار محدود گردد و به ایشان قبلاً آموزش داده شود تا تماس با بیمار به حداقل برسد و لیستی از این افراد تهیه گردد.
- بیماران ممنوع الملاقات باشند.
- شست و شوی مکرر دست و رعایت بهداشت فردی و اجتماعی ضروری است.
- حتی‌الامکان از وسایل یکبار مصرف جهت بیمار استفاده شود.
- هنگام شست و شوی وسایل استفاده شده بیماران رعایت تمام احتیاطات بهداشتی ایمنی (ماسک، دستکش و عینک) لازم است.
- ویروس حداقل تا ۲۴ ساعت در محیط زنده می‌ماند لذا پس از ترخیص بیماران حتی‌الامکان تا ۲۴ ساعت از بستری نمودن سایر بیماران در آن اتاق اجتناب گردد و ضروری است در اتاق عملیات ضدعفونی و گندزدایی انجام شود.

ب) اقدامات احتیاطی برای پرسنل بهداشتی درمانی در معرض تماس:

- ضروری است تمامی پرسنل تعریف شده بر اساس دستورالعمل واکسیناسیون، سالیانه بر علیه انفلوآنزا واکسینه گردند.
- کلیه پرسنل ارائه‌کننده خدمات بهداشتی درمانی که با فرد مشکوک در تماس می‌باشند باید اقدامات احتیاطی بالاحص اقدامات حفاظت فردی (استفاده از ماسک، عینک، دستکش و ...) را بدقت رعایت نمایند.
- پرسنلی که اقدامات احتیاطی را بدقت رعایت نکرده‌اند ضروری است بعد از آخرین تماس بمدت ۷ تا ۱۰ روز تحت پروفیلاکسی دارویی با اوسلتامی ویر قرار گیرند.
- پرسنل مراقبت بیماران که در تماس با موارد مشکوک بوده‌اند باید روزانه دو بار درجه حرارت بدن خود را چک کنند و هرگونه تب یا علائم مشکوک به انفلوآنزا را به

مسئول کنترل عفونت گزارش دهند. در صورت ابتلا به بیماری به هیچ وجه نباید در مراقبت مستقیم بیماران دخالت داده شوند. هنگام بروز تب پس از گرفتن نمونه‌های لازم جهت بررسی تشخیص (اگر علت دیگری متصور نمی‌باشد) فوراً تحت درمان با اوسلتامیویر قرار گیرند.

ج) اقدامات احتیاطی برای تماس‌های نزدیک و خانگی:

- موارد تماس خانگی باید با شست و شوی کامل دست‌ها به مدت ۳۰ ثانیه با آب و صابون پس از هر تماس و یا آلودگی احتمالی، عدم استفاده از ظروف غذاخوری مشترک، پرهیز از تماس چهره به چهره با موارد احتمالی یا تأیید شده بیماری و استفاده از ماسک و وسایل حفاظت فردی از خود مراقبت کنند.
- احتمال دفع ویروس در کودکان ۱۲ سال و کمتر تا ۲۱ روز از شروع بیماری و در افراد بالای ۱۲ سال تا ۷ روز پس از قطع تب وجود دارد و بهتر است در طی این مدت توصیه‌های فوق رعایت شود.
- موارد تماس با بیمار یا موارد تماس در محیط‌های بسته (خانه، خانواده، بیمارستان و سایر مراکز نگهداری یا سرویس‌های نظامی) باید روزانه دو مرتبه کنترل درجه حرارت شده و پیگیری علائم بیماری تا هفت روز بعد از آخرین تماس انجام شود. موارد تماس نزدیک و خانگی در صورتیکه دچار تب بالای ۳۸ درجه و سرفه، تنگی نفس، یا سایر علائم شوند بلافاصله تحت درمان داروهای ضدویروس قرار گرفته و تست‌های تشخیصی انجام شود.

د) اقدامات احتیاطی برای مسافرین:

- منعی برای مسافرت افراد به مناطقی که آلودگی $A(H_5N_1)$ ثابت شده است وجود ندارد.
 - هیچگونه شواهد علمی تأیید شده که نشان دهد بیماری از انسان به انسان منتقل می‌شود تا این لحظه در دنیا وجود ندارد (افراد محدودی که مبتلا شده‌اند تماس مستقیم با پرندگان آلوده داشته‌اند).
- با توجه به گسترش آنفلوانزای پرندگان در بسیاری از پرندگان کشورهای دنیا موارد زیر در هنگام مسافرت به این کشورها توصیه می‌گردد:

۱. مسافرین ترجیحاً دو هفته قبل از مسافرت به مناطق آلوده بایستی با واکسن انفلوآنزای انسانی واکسینه شوند.
۲. مسافرین باید از تماس مستقیم با پرندگان شامل مرغ و خروس، اردک و غاز که ظاهراً سالم هستند و مزارع پرورش و بازارهای فروش پرندگان زنده پرهیز نمایند و همچنین از لمس سطوح آلوده با فضولات و ترشحات پرندگان نیز پرهیز کنند.
۳. مسافرین باید با رعایت بهداشت فردی و شست و شوی مرتب دست‌ها یا استفاده از ژل‌های حاوی الکل و عدم مصرف غذاهای نیم پخته پرندگان و یا تخم‌آنها بصورت نیم پز احتمال تماس با بیماری را کم کنند.
۴. حتماً بعد از آماده سازی پرنده برای پخت و پز در آشپزخانه دست‌هایشان را با آب و صابون بشویند.
۵. در صورتیکه طی ۱۰ روز پس از بازگشت از منطقه آلوده دچار علائم تب و نشانه‌های تنفسی شوند بایستی حتماً به پزشک مراجعه نمایند (ذکر سابقه مسافرت ضروری است).

گروه‌های در معرض خطر بیماری و توصیه‌های پیشگیری دارویی

گروه‌های در معرض خطر بیماری انفلوآنزای پرندگان به سه گروه تقسیم می‌شوند:

۱. گروه‌های پرخطر:

این گروه شامل تماس‌های خانوادگی نزدیک و ساکنین یک خانه در تماس نزدیک با بیمار مشکوک یا تایید شده $A(H_5N_1)$ محیط و پرندگان آلوده می‌باشد.

۲. گروه‌های با خطر متوسط:

۲-۱- افرادی که در مراکز پرورش حیوانات آلوده یا در جمع‌آوری و معدوم‌سازی و دفن آنها و ضدعفونی محیط آلوده فعالیت داشته و از وسایل حفاظتی استاندارد بطور مناسب استفاده نکرده‌اند.

۲-۲- افرادی که بدون استفاده از وسایل حفاظتی استاندارد با حیوانات مریض یا مرده آلوده به ویروس $A(H_5N_1)$ تماس نزدیک داشته‌اند یا با پرندگانی که موجب ابتلا موارد انسانی شده‌اند در تماس بوده‌اند.

۳-۲- کارکنان نظام بهداشتی درمانی که از وسایل حفاظتی استاندارد و مناسب استفاده نکرده و تماس نزدیک با مورد مشکوک یا قطعی انسانی مبتلا به $A(H_5N_1)$ داشته‌اند برای مثال تماس در طی لوله‌گذاری تراشه یا ساکشن تراشه یا دادن دارو به روش افشانه (Nebuliser) یا تماس با ترشحات بدن بیمار. همچنین کارکنان آزمایشگاه که از وسایل حفاظتی استاندارد مناسب استفاده نکرده‌اند و با نمونه‌های آلوده به ویروس آنفلوانزا تماس داشته‌اند.

۳. گروه‌های با خطر کم:

۳-۱- کارکنان بهداشتی درمانی که تماس نزدیک (فاصله کمتر از یک متر) با بیمار مشکوک یا قطعی مبتلا به A/H_5N_1 نداشته‌اند و تماس مستقیم با مواد آلوده بیمار نداشته‌اند.

۳-۲- کارکنان بهداشتی درمانی که طی تماس با بیمار از وسایل حفاظتی مناسب استفاده کرده‌اند.

۳-۳- افرادی که در حمل و جابجایی و ذبح و قطعه قطعه کردن پرندگان غیر آلوده فعالیت دارند.

۳-۴- افرادی که با حیوانات بیمار سروکار داشته و از وسایل حفاظتی مناسب استفاده می‌کنند.

* اقدامات پیشگیری دارویی :

برای گروه‌های پرخطر: داروی اوسلتامی ویر در اولین فرصت پس از تماس تجویز می‌گردد. مقدار دارو به میزان ۷۵ میلی‌گرم روزانه برای افراد بالای ۱۳ سال به مدت ۷-۱۰ روز پس از آخرین تماس می‌باشد.

برای کودکان ۱-۱۳ سال براساس وزن مقدار تجویز دارو به شرح زیر می‌باشد:

- وزن مساوی یا کمتر از ۱۵ Kg به میزان ۳۰ میلی‌گرم روزانه

- وزن ۱۵-۲۳ Kg به میزان ۴۵ میلی‌گرم روزانه

- وزن ۲۳-۴۰ Kg به میزان ۶۰ میلی‌گرم روزانه

- وزن بیشتر از ۴۰ Kg به میزان ۷۵ میلی‌گرم روزانه

برای گروه‌های با خطر متوسط:

با توجه به امکانات و در دسترس بودن اوسلتامی ویردر اولین فرصت پس از تماس توصیه به مصرف دارو مطابق مقادیر بالا می‌شود.

* کمیته علمی کشوری آنفلوانزا در حال حاضر پیشگیری دارویی با اوسلتامی ویر در این گروه را فقط برای افراد در تماس نزدیک با مورد آلوده مشکوک یا قطعی توصیه نموده و افرادی که تماس نزدیک نداشته‌اند بمدت ۷ روز تحت نظر قرار گرفته و هر ۱۲ ساعت تب آنها کنترل و در صورت بروز تب و یا سایر علائم بیماری ضمن انجام آزمایشات، درمان دارویی را برای این افراد شروع می‌کنیم.

برای گروه‌های با خطر کم:

در این گروه با توجه به استفاده مناسب از وسایل حفاظت فردی و انجام صحیح اقدامات احتیاطی و خطر بسیار پایین تماس با منابع آلودگی در حال حاضر تجویز دارو توصیه نمی‌شود.

* جهت خانم‌های بارداری که در گروه‌های با خطر بالا و متوسط طبقه بندی می‌شوند مصرف داروی اوسلتامی ویر توصیه می‌شود.

تذکر: در حال حاضر با توجه به یافته‌های موجود، توصیه‌های زیر جهت تجویز دارو ارائه گردیده است:

۱. در مواردی که امکان دسترسی به اوسلتامی ویر وجود دارد تجویز اوسلتا می ویر جهت درمان قویا توصیه می‌شود.
۲. در مواردی که امکان دسترسی به اوسلتامی ویر وجود دارد قویا تجویز آمانتادین یا ریمانتادین به تنهایی بعنوان خط اول درمان توصیه نمی‌گردد.
۳. در مواردی که امکان دسترسی به اوسلتامی ویر وجود ندارد توصیه ضعیفی مبنی بر تجویز آمانتادین یا ریمانتادین بعنوان خط اول درمان (در صورتیکه اطلاعات مراقبت منطقه ای بیانگر حساسیت ویروس به این داروها باشد) وجود دارد.
۴. قویا توصیه می‌شود آمانتادین یا ریمانتادین بعنوان کمپروپوفیلاکسی (از جمله در زنان باردار) تجویز نگردد.
۵. قویا توصیه می‌شود آمانتادین در افراد مسن، بیماران دارای نقص عملکرد کلیوی، بیماران دارای اختلالات تشنجی، بعنوان کمپروپوفیلاکسی تجویز نگردد.
۶. قویا توصیه می‌شود ریباورین در زنان باردار تجویز نگردد.

۷. قویا توصیه می شود مصرف روتین کورتیکواستروئیدها، استفاده از ایمونوگلوبولین وانترفرون، و ریباورین نباید خارج از شرایط آزمایشی تصادفی (RANDOMISED TRIAL) مورد استفاده قرار گیرد.

۸. قویا توصیه می شود در بیماران تایید شده یا قویا مشکوک به آلودگی که نیاز به ونتیلاسیون مکانیکی ندارند و همچنین اندیکاسیون دیگری جهت دریافت آنتی بیوتیک ندارند، نباید آنتی بیوتیک پروفیلاکسی تجویز گردد.

اقدامات لازم در هنگام بروز آنفلوانزای پرندگان در مرغداری‌ها برای افراد در معرض تماس:

● توصیه می‌شود کلیه کارکنان شاغل در مرغداری‌ها و کشتارگاه‌های پرندگان و دامپزشکان پرندگان سراسر کشور تحت واکسیناسیون سالیانه آنفلوانزای انسانی قرار گیرند (واکسن آنفلوانزای انسانی از نو ترکیبی جلوگیری نموده و ایمنی در مقابل A/H₅N₁ در فرد ایجاد نمی کند؛ لذا استفاده از وسایل حفاظت فردی و رعایت نکات بهداشت فردی ضروری است).

● در صورت بروز مورد مشکوک آنفلوانزای پرندگان در هر مزرعه پرندگان براساس گزارش اداره کل دامپزشکی، داروی ضد ویروس اوسلتامیویر به میزان ۷۵ میلی‌گرم روزانه برای کارکنان مرغداری بر اساس تقسیم بندی گروه‌ها (پرخطر، خطر متوسط، کم خطر) شروع گردد تا نتایج آزمایشگاهی نشان دهد که علت بروز آنفلوانزا نمی‌باشد که پس از اعلام علل دیگر، دارو قطع می‌گردد و در صورت تأیید وجود بیماری، دارو حداقل برای هفت روز پس از آخرین تماس با پرنده عفونی در مزرعه آلوده یا سطوح و محیط آلوده تجویز می‌گردد.

● در صورت بروز موارد مشکوک در مزرعه پرندگان استفاده از وسایل ایمنی ترجیحا یکبار مصرف شامل: دستکش، روپوش یا لباس مناسب آستین بلند، چکمه یا روکشی، عینک محافظ برای محافظت غشاء مخاطی چشم، کلاه، ماسک استاندارد توصیه شده است. پس از هر بار استفاده، همه وسایل باید به طور مناسب معدوم گردند. شست و شوی دست‌ها با آب و صابون بمدت ۲۰ ثانیه یا استفاده از محلول‌های ضد عفونی از قبیل بتادین پس از در آوردن وسایل ایمنی یا هر گونه تماس مشکوک الزامی است.

- استفاده از وسایل و انجام اقدامات فوق با نظر اداره دامپزشکی و واحد بهداشت محیط برای همه افرادی که در مزرعه پرندگان مشکوک کار می‌کنند و در معدوم سازی پرندگان مشکوک مشارکت دارند الزامی می‌باشد.
- برای ضدعفونی وسایل آلوده به خون و مایعات بدن بیماران / حیوانات مشکوک، هیپوکلرید سدیم ۱٪ و برای ضدعفونی سطوح فلزی صاف که مواد سفید کننده نمی‌توان استفاده کرد از الکل ۷۰٪ استفاده می‌شود.

شرح وظایف سطح کشوری در کنترل آنفلوانزای پرندگان در انسان:

۱. تشکیل کمیته کشوری و زیر کمیته های علمی و اجرایی کنترل آنفلوانزای پرندگان در انسان با ترکیب وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی - وزارت جهاد کشاورزی - وزارت کشور - وزارت آموزش و پرورش - ستاد کل نیروهای مسلح - سازمان صدا و سیما - وزارت ارشاد و تبلیغات اسلامی - وزارت دادگستری - سازمان هلال احمر - سازمان دامپزشکی - سازمان حفاظت محیط زیست - آزمایشگاه کشوری آنفلوانزا و سایر سازمانها در صورت لزوم.
۲. توجیه مسئولین و مقامات ارشد در جهت اولویت دادن به کنترل و پیشگیری از آنفلوانزای پرندگان (درون بخشی و برون بخشی)
۳. تقویت و گسترش هماهنگی درون بخشی با کلیه معاونین و مدیران ارشد وزارت متبوع بالاخص معاونت غذا و دارو، روابط عمومی، مرکز سلامت محیط و کار، دفتر پرستاری، اداره اعتبار بخشی و نظارت بر امور درمان و سایر بخش های مرتبط
۴. تقویت و گسترش هماهنگی برون بخشی بالاخص سازمان دامپزشکی، مرکز تحقیقات واکسن و سرم سازی رازی، وزارت کشور، نیروی انتظامی، سازمان حفاظت محیط زیست، وزارت آموزش و پرورش، سازمان هلال احمر، سازمانهای بیمه گر و سایر سازمانها در صورت لزوم
۵. جلب حمایت و همکاری دفتر سازمان جهانی بهداشت و سایر سازمانهای بهداشتی بین المللی
۶. پیگیری تأمین اعتبارات مورد نیاز برای اجرای برنامه
۷. تهیه و تدوین دستورالعمل های علمی و اجرایی جهت کنترل آنفلوانزای پرندگان در انسان با استفاده از آخرین مستندات معتبر علمی

۸. برنامه‌ریزی، مراقبت و اجرا، نظارت، ارزشیابی برنامه‌های کنترل آنفلوانزای پرندگان در دانشگاه‌ها/دانشکده‌های علوم پزشکی
۹. تقویت و تجهیز بخش‌های درمانی (آماده‌سازی اتاق‌ها یا بخش‌های ایزوله تنفسی فشار منفی جهت ارائه خدمات درمانی سرپایی و بستری به بیماران)
۱۰. ارائه الگوی یکسان نحوه درمان و پیشگیری در کشور و تأمین داروی مورد نیاز بیماران
۱۱. تأمین واکسن و ملزومات و وسایل حفاظت فردی مورد نیاز در کشور
۱۲. حمایت در جهت تجهیز و تداوم فعالیت آزمایشگاه کشوری آنفلوانزا و تقویت و راه اندازی آزمایشگاه‌های اقماری و همکار
۱۳. تقویت نظام ثبت و گزارش‌دهی اطلاعات
۱۴. تقویت و بهبود نظام مراقبت بهداشتی مرزی (پرسنلی، اعتباری، تجهیزاتی)
۱۵. ارائه و اجرای طرح‌ها و برنامه‌های تحقیقاتی و مطالعاتی
۱۶. هماهنگی و پیگیری اجرای برنامه‌های آموزشی و بازآموزی برای مسئولین و مدیران ارشد بهداشتی درمانی دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور
۱۷. پیگیری انجام فرایند آموزش و بازآموزی بصورت آشنایی از سطح دانشگاه به شهرستان‌ها و مراکز بهداشتی درمانی و خانه‌های بهداشت و مراکز درمانی خصوصی
۱۸. هماهنگی و برگزاری سمینارهای کشوری و منطقه‌ای
۱۹. تهیه و ارسال متون آموزشی برای سطوح مختلف
۲۰. گزارش موارد به سازمان‌های بین‌المللی بر اساس پروتکل‌های بین‌المللی و ملی

شرح وظایف سطح دانشگاهی (استانی) در مراقبت آنفلوانزای پرندگان:

همسو با ترکیب کمیته کشوری در سطح دانشگاه باید اقدام به تشکیل کمیته‌های دانشگاهی با حضور اعضای مدعو نمود و با در نظر گرفتن اصول کلی که در قالب وظایف کشوری تدوین گردیده، هدایت برنامه در سطح استان/ دانشگاه توسط ریاست دانشگاه پیگیری گردد.

۱- تشکیل کمیته دانشگاهی و زیر کمیته‌های علمی و اجرایی:

این کمیته‌ها باید بر اساس برنامه مدون و طراحی شده جلسات منظم فصلی با حضور کلیه اعضا برگزار نموده و افرادی که توانایی مشارکت و فعالیت کامل را نداشته از آن حذف شوند (بنا به اضطرار جلسات فوق العاده تشکیل خواهد گردید).

- کمیته دانشگاهی متشکل از کلیه معاونین و مدیران ارشد دانشگاه و مسئولین واحدهای ستادی معاونت بهداشتی است و بنا بر ضرورت از مسئولین سایر دستگاهها نیز دعوت بعمل خواهد آمد.
- دانشگاهها و دانشکده های مستقر در یک استان باید نسبت به تشکیل جلسات و کارگروههای مشترک اقدام نمایند.
- صدور ابلاغ عضویت جهت کلیه اعضا در کمیته ها ضروری می باشد.
- ثبت و بایگانی و پیگیری مصوبات کمیته ها ضروری می باشد.
- ۲- برقراری و تقویت و بهبود سیستم مراقبت بیماری با تاکید بر سیستم هشدار زود هنگام
- ۳- توجه ویژه استانهای مرزی کشور به امر تقویت و پشتیبانی پایگاههای بهداشتی مرزی در کلیه پایانه های مستقر در استان مربوطه
- ۴- تهیه و تدوین و روزآمد کردن برنامه عملیاتی
- ۵- هماهنگی برون بخشی و جلب حمایت های منطقه ای و فرا منطقه ای در راستای اهداف برنامه بالاخص با استانداری، سازمان دامپزشکی، آموزش و پرورش، نیروی انتظامی، سازمانهای بیمه گر و سایر سازمانهای مرتبط
- ۶- تقویت و گسترش هماهنگی درون بخشی (بهداشت، درمان، آموزش، پشتیبانی، پژوهش)
- ۷- طراحی و اجرای برنامه های آموزشی و اطلاع رسانی (عمومی، تخصصی) به کلیه گروههای هدف برنامه و عموم مردم
- ۸- تهیه و تدوین و تکثیر و توزیع متون آموزشی مورد نیاز
- ۹- حمایت و تقویت و پشتیبانی از سیستم آزمایشگاهی
- ۱۰- گزارش گیری و گزارش دهی، تجزیه و تحلیل آمار و اطلاعات
- ۱۱- انجام و هدایت و همکاری در پژوهش های کاربردی
- ۱۲- تهیه و تامین وسایل حفاظت فردی
- ۱۳- تهیه و تامین ملزومات و امکانات و تجهیزات مورد نیاز (عملیاتی، آزمایشگاهی)
- ۱۴- تهیه و تدوین گردش کار برنامه با مشارکت کلیه بخش های دانشگاه
- ۱۵- هدایت اجرای برنامه در سطح دانشگاه
- ۱۶- نظارت مستقیم، پایش مداوم، ارزشیابی برنامه در کلیه سطوح (بالاخص بهداشت و درمان و سیستم بیمارستانی) بخش دولتی و بخش خصوصی
- ۱۷- اعلام هشدار و آمادگی مقابله (اعلام وضع فوق العاده) به سطوح عملیاتی مرتبط در زمان وقوع

- ۱۸- تهیه گزارشات و نقشه های لازم و ارائه به سطوح بالاتر با حفظ سلسله مراتب طبقه بندی اطلاعات (ضروری است جهت هر مورد بیمار یک پرونده مستقل تشکیل و نگهداری گردد)
- ۱۹- حمایت و تجهیز و راه اندازی اتاق ها یا بخشهای ایزوله تنفسی مناسب جهت بستری کردن بیماران مشکوک در بیمارستان در هر شهرستان با همکاری مشترک بهداشت و درمان
- ۲۰- تعیین افراد کلیدی علمی و عملیاتی (فوکال های علمی و اجرایی) در هر شهرستان و روزآمد کردن لیست تهیه شده این افراد و ارسال به سطح کشوری
- ۲۱- تعیین پرسنل تیم های عملیاتی و بیمارستانی در سطح هر شهرستان بالاخص تعیین کردن تعداد پرستار و سایر پرسنل مورد نیاز در هر شهرستان و آموزش اختصاصی به ایشان جهت مراقبت از بیماران مشکوک و تهیه و به روزآمد کردن لیست مربوطه
- ۲۲- ارسال و ابلاغ دستورالعمل های کشوری به سطوح محیطی و نظارت کامل بر حسن اجرای آن
- ۲۳- پیگیری اعتبارات مورد نیاز و هزینه در راستای اهداف برنامه
- ۲۴- جلب مشارکت و هدایت و بکارگیری توان و امکانات کلیه بخش های خصوصی بهداشتی و درمانی در وظایف فوق ضروری می باشد

شرح وظایف مرکز بهداشت شهرستان در مراقبت بیماری آنفلوانزای پرندگان :

- ۱- هماهنگی برون بخشی با ادارات و سازمانهای مرتبط بالاخص فرمانداری، دامپزشکی، محیط زیست، نظام پزشکی و سایر ادارات در صورت لزوم و جلب حمایت و پشتیبانی آنها
- ۲- هماهنگی درون بخشی با واحدها و بخش های مرتبط بالاخص درمان، بیمارستان، سلامت محیط و کار، آموزش بهداشت
- ۳- تدوین و به روز رسانی برنامه عملیاتی شهرستان
- ۴- برنامه ریزی و اجرای برنامه های آموزش عمومی و اختصاصی پرسنل
- ۵- برنامه ریزی و اجرای برنامه های اطلاع رسانی عمومی

- ۶- برقراری و تقویت و بهبود نظام مراقبت (اپیدمیولوژیک، "دیده ور در دانشگاههای منتخب"، بیمارستانی، موارد مرگ، غیبت از کار و مدرسه، مسافرین خارج از کشور)
- ۷- شناسایی الگوی اپیدمیولوژیک بیماری در شهرستان
- ۸- تامین و تدارک واکسن و داروی مورد نیاز
- ۹- شناسایی گروههای حساس جامعه
- ۱۰- شناسایی کانونهای احتمالی خطر
- ۱۱- انجام اقدامات لازم جهت تعدیل کانونهای احتمالی خطر
- ۱۲- تمهیدات لازم جهت واکسیناسیون افراد در معرض خطر و در معرض تماس
- ۱۳- استفاده از داروهای ضد ویروسی بر اساس دستورالعمل و با هماهنگی مرکز بهداشت استان
- ۱۴- برقراری نظام ارجاع بیماران و تعیین بیمارستانهای مرجع با هماهنگی معاونت درمان
- ۱۵- هماهنگی و تعیین بیمارستانهای مرجع از طریق کمیته دانشگاهی
- ۱۶- پیگیری راه اندازی و تجهیز اتاق و بخش ایزوله تنفسی
- ۱۷- مشارکت در برنامه های اعلام شده از طرف ستاد استانی و سطح کشوری
- ۱۸- هماهنگی و همکاری و هدایت برنامه در واحدهای تابعه
- ۱۹- پشتیبانی برنامه در واحدهای تابعه (تامین تجهیزات و امکانات مورد نیاز)
- ۲۰- جمع آوری اطلاعات و تجزیه و تحلیل آن و گزارش به سطوح بالاتر
- ۲۱- پایش و ارائه پس خوراند مناسب به واحدهای تابعه
- ۲۲- تقویت و بهبود نظام گزارش دهی و گزارش گیری (راه اندازی و فعال سازی سیستم هشدار زود هنگام)
- ۲۳- انجام اقدامات مؤثر و بموقع جهت مهار طغیانها
- ۲۴- تعیین فوکال پوینت های علمی و اجرایی در سطح شهرستان و به روز رسانی لیست مربوطه

- ۲۵- پیگیری موارد ابتلا و تماسهای انسانی
- ۲۶- تهیه و تامین و تدارک وسایل حفاظت فردی
- ۲۷- نظارت بر حسن اجرای برنامه
- ۲۸- تشکیل جلسات مشترک کارشناسی(عملیاتی،بازدید)با دامپزشکی و حفاظت محیط زیست
- ۲۹- تهیه پرونده مستقل جهت هر مورد انسانی آنفلوانزای پرندگان با رعایت سلسله مراتب طبقه بندی اطلاعات
- ۳۰- تقویت و نظارت و پشتیبانی پایگاههای مراقبت بهداشتی مرزی تابعه در راستای اهداف برنامه

شرح وظایف مراکز بهداشتی درمانی روستایی و شهری درمراقبت بیماری آنفلوانزای پرندگان:

۱. شرکت فعال در جلسات آموزشی جهت بازآموزی و به روز رسانی اطلاعات
۲. آموزش جمعیت تحت پوشش در خصوص تعریف و علایم بیماری ، راههای انتقال ، روشهای پیشگیری ، درمان ، روشهای دفن بهداشتی لاشه ها ، بالاص در گروههای در معرض خطر و در معرض تماس.
۳. همکاری و مشارکت در برنامه های ابلاغی و اجرایی از سطوح بالاتر
۴. جلب همکاری و مشارکت مسئولین محلی جهت کنترل و پیشگیری از انتشار بیماری با همکاری سطوح بالاتر
۵. گزارش آنی موارد مشکوک انسانی به سطوح بالاتر
۶. گزارش آنی هر گونه تلفات غیر عادی در پرندگان و یا سایر حیوانات به سطوح بالاتر

۷. شناسایی جمعیت پرندگان / حیوانات در روستا / روستاهای تحت پوشش بالاخص مراکز نگهداری عرضه و کشتار حیوانات و پرندگان
۸. هماهنگی های لازم با مسئولین محلی و سطوح بالاتر در خصوص دفن بهداشتی لاشه های حیوانات و پرندگان تلف شده و تهیه نمونه از موارد مشکوک
۹. مراقبت موارد تماس بیماری
۱۰. انجام به موقع اقدامات پیشگیرانه بوسیله واکسن و دارو تحت نظارت مرکز بهداشت شهرستان
۱۱. بازدید و نظارت براماکن عرضه و فروش پرندگان ویاسایر محصولات مرتبط بصورت مستمر
۱۲. بیماریابی فعال در هنگام بروز موارد مشکوک انسانی یا پرندگان
۱۳. پیگیری موارد مشکوک انسانی
۱۴. پیگیری تکمیل فرم پیگیری بیماران (در پرونده خانوار)
۱۵. تهیه گزارش اقدامات و فعالیتهای به عمل آمده و ارائه به سطوح بالاتر
۱۶. همکاری در فعالیتهای تیم عملیاتی شهرستان
۱۷. شناسائی و گزارش کانونهای احتمالی خطر
۱۸. رعایت اصول حفاظت فردی در هنگام برخورد با کانونهای آلوده
۱۹. پایش و ارائه پس خوراند مناسب به واحدهای تابعه

شرح وظایف خانه های بهداشت در مراقبت بیماری آنفلوآنزای پرندگان:

- ۱- شرکت فعال در جلسات آموزشی جهت بازآموزی و به روز رسانی اطلاعات
- ۲- آموزش جمعیت تحت پوشش بالاخص در گروههای در معرض خطر ودر معرض تماس در خصوص تعریف و علائم بیماری ، راههای انتقال ، روشهای پیشگیری ، درمان ، روشهای دفن بهداشتی لاشه های پرندگان

- ۳- همکاری و مشارکت در برنامه های ابلاغی و اجرایی از سطوح بالاتر
- ۴- جلب همکاری و مشارکت مسئولین محلی جهت کنترل و پیشگیری از انتشار بیماری با همکاری سطوح بالاتر
- ۵- گزارش آنی موارد مشکوک انسانی به سطوح بالاتر
- ۶- گزارش آنی هر گونه تلفات غیر عادی در پرندگان و یا سایر حیوانات به سطوح بالاتر
- ۷- شناسایی جمعیت پرندگان / حیوانات در روستا / روستاهای تحت پوشش بالاخص مراکز نگهداری عرضه و کشتار حیوانات و پرندگان
- ۸- هماهنگی های لازم با مسئولین محلی و سطوح بالاتر در خصوص دفن بهداشتی لاشه های حیوانات و پرندگان تلف شده و تهیه نمونه از موارد مشکوک
- ۹- مراقبت موارد تماس بیماری
- ۱۰- انجام به موقع اقدامات پیشگیرانه بوسیله واکسن و دارو تحت نظارت مرکز بهداشتی درمانی مربوطه
- ۱۱- بازدید و نظارت براماکن عرضه و فروش پرندگان ویا سایر محصولات مرتبط بصورت مستمر
- ۱۲- بیماریابی فعال در هنگام بروز موارد مشکوک انسانی یا پرندگان
- ۱۳- پیگیری موارد مشکوک انسانی
- ۱۴- تکمیل فرم پیگیری بیماران (در پرونده خانوار)
- ۱۵- تهیه گزارش اقدامات و فعالیتهای به عمل آمده و ارائه به سطوح بالاتر
- ۱۶- همکاری در فعالیتهای تیم عملیاتی شهرستان
- ۱۷- شناسائی و گزارش کانونهای احتمالی خطر
- ۱۸- رعایت اصول حفاظت فردی در هنگام برخورد با کانونهای آلوده

شرح وظایف پایگاه مراقبت بهداشتی مرزی در مراقبت بیماری آنفلوآنزای پرندگان:

- ۱- حفظ آمادگی کامل در رابطه با انجام مراقبت فعال
- ۲- آگاهی دادن و اطلاع رسانی به مسافرین بالاخص مسافرین به کشورها و مناطق پرخطر و آلوده
- ۳- بیماریابی فعال در مسافرین ویگیری و کشف موارد
- ۴- تهیه گزارش اقدامات و فعالیتهای بعمل آمده و تکمیل فرمهای عملیاتی و ارائه به سطوح بالاتر
- ۵- همکاری با تیم های مراقبت بهداشتی درمانی اعزامی
- ۶- هماهنگی و جلب مشارکت سایر سازمانها و واحدهای مستقر در پایانه ها با هماهنگی سطوح بالاتر در راستای اهداف برنامه

شاخص های برنامه مراقبت آنفلوآنزای پرندگان:

۱. درصد نمونه تهیه شده از موارد مشکوک
۲. درصد نمونه تهیه شده به هنگام
۳. درصد پیگیری انجام شده به کل موارد در تماس
۴. درصد بموقع بودن گزارشات
۵. درصد انجام عملیات معدوم سازی در کانونهای آلوده به کل کانونها
۶. درصد موارد تایید شده بیماری به موارد مشکوک
۷. درصد موارد فوت شده به کل موارد قطعی
۸. درصد اتاق/بخش ایزوله راه اندازی شده به مورد انتظار
۹. تعداد پرسنل واکسینه شده به کل پرسنل هدف

در حال حاضر کلیه اقدامات مراقبتی جهت آنفلوآنزای انسانی ناشی از حیوانات، همانند نظام مراقبت آنفلوآنزای پرندگان می باشد.

در این سند، روش‌های تشخیصی و درمانی برای آنفلوانزا در کودکان و بزرگسالان شرح داده شده است.

تشخیص آنفلوانزا بر اساس علائم بالینی و تست‌های تشخیصی انجام می‌گردد. علائم اصلی شامل تب، سرفه، گلودرد و احتقان بینی است.

درمان آنفلوانزا عمدتاً حمایتی است و شامل استراحت، مصرف مایعات فراوان و استفاده از داروهای ضد تب می‌گردد.

پیشگیری از آنفلوانزا از طریق واکسیناسیون و رعایت اصول بهداشتی نظیر شستن صحیح دست‌ها و استفاده از ماسک صورت امکان‌پذیر است.

این سند به منظور آشنایی کلی با بیماری آنفلوانزا و روش‌های کنترل آن تهیه شده است. برای اطلاعات بیشتر، با مراکز بهداشتی محلی تماس بگیرید.

در صورت مشاهده علائم شدید آنفلوانزا، به پزشک مراجعه کنید تا در صورت نیاز، درمان‌های تخصصی را دریافت کنید.

رعایت بهداشت فردی و اجتماعی می‌تواند به کاهش انتشار ویروس آنفلوانزا کمک کند.

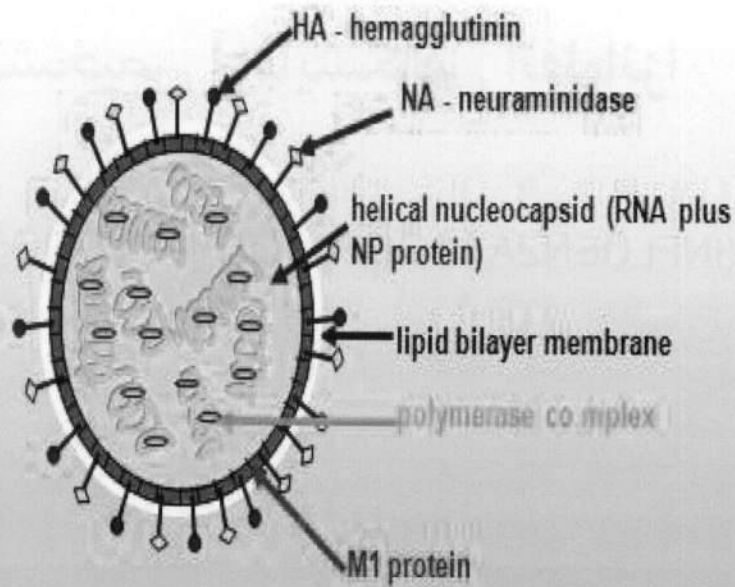
این سند به صورت دوره‌ای به‌روزرسانی خواهد شد تا با آخرین تغییرات علمی و درمانی هماهنگ باشد.

فصل سوم تشخیص آزمایشگاهی آنفلوانزا

(INFLUENZA LABORATORY DIAGNOSIS)



Influenza A Virus Viral Structure



تشخیص آزمایشگاهی آنفلوانزا با روش‌های جداسازی ویروس و یا شناسایی آنتی‌بادی‌های ضدویروس انجام می‌گیرد.

جداسازی ویروس:

نمونه مناسب برای جداسازی ویروس ترشحات حلق و بینی، غرغره گلو و یا سواب گلو است که باید در سه روز اول بیماری تهیه شود. نمونه بیمار به کشت سلول و یا تخم‌مرغ جنین‌دار تلقیح می‌گردد. در کشت سلول ۱۰-۳ روز بعد ویروس موجود در نمونه در صورت زنده بودن جدا می‌گردد. نمونه‌ها باید تا زمان تلقیح به کشت سلولی (تخم‌مرغ جنین‌دار) در دمای ۴ درجه سانتی‌گراد نگهداری شود. اگر نگهداری نمونه از ۳ روز تجاوز کند، باید نمونه را در ۷۰- درجه سانتی‌گراد نگهداری نمود و در تانک ازت به آزمایشگاه ارسال کرد.

شناسایی ویروس در نمونه بیمار:

نمونه مناسب، غرغره گلو و یا سواب گلو است. سلول‌های اپیتلیال گلو روی لام‌فیکس می‌گردد و با روش ایمونوفلورسانس آنتی‌ژن‌های ویروسی در سلول‌های فوق مورد شناسایی واقع می‌گردد.

روش کار:

- ۱- نمونه‌گیری در ۷۲ ساعت اول بیماری مناسب‌تر است.
- ۲- اطلاعات مربوط به بیمار در فرم مربوطه ثبت می‌شود.
- ۳- شماره ردیف مربوط به بیمار، نام محل نمونه‌گیری و تاریخ نمونه‌گیری در روی یک لوله یادداشت می‌گردد (مطابق نمونه)

۱۱۵ / بابل

۸۳/۸/۲۸

- ۴- اگر بیمار می‌تواند غرغره گلو انجام دهد، مقدار ۳-۲ میلی‌لیتر محیط ترانسپورت به بیمار داده می‌شود تا غرغره نماید.
- ۵- از بیمار خواسته می‌شود که بعد از غرغره محیط ترانسپورت را در یک لیوان یکبار مصرف برگرداند.
- ۶- محیط ترانسپورت غرغره شده به لوله شماره‌گذاری شده انتقال داده می‌شود و در پوش لوله به خوبی بسته می‌گردد.
- ۷- نمونه به دست آمده باید در اسرع وقت و در شرایط سرد (۴ درجه) به آزمایشگاه منتقل شود. قرار دادن نمونه در یک یخدان حاوی یخ Ice-bag به طوریکه نمونه یخ نزند، کافی است. اگر امکان انتقال سریع وجود ندارد نمونه‌ها باید در ۷۰- درجه و یا در ازلت مایع نگهداری شود و بعداً به آزمایشگاه انتقال داده شود.

* مواد و وسایل نمونه‌برداری در سطح دانشگاه در زمان مناسب بایستی تهیه و تأمین گردد .
* به منظور جلوگیری از اختلال در روند عملیات، مواد و وسایل لازم در آزمایشگاه کشوری آنفلوانزا مستقر در دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران نیز موجود است و در صورت نیاز تحویل داده خواهد شد.

* تلفن تماس آزمایشگاه کشوری آنفلوانزا: ۸۸۹۵۰۵۹۵ - ۸۸۹۶۲۳۴۳

شناسایی آنتی‌بادی‌های ضدویروس:

از بیمار مشکوک به آنفلوانزا در دو دوره حاد بیماری و نقاهت به فاصله ۳-۲ هفته نمونه سرم خون تهیه می‌گردد و با روش ممانعت هم‌آگلوتیناسیون آنتی‌بادی‌های ضدویروس آنفلوانزا مورد شناسایی واقع می‌شود.

نمونه‌گیری برای شناسایی سرولوژیک آنفلوانزا

نمونه‌گیری برای شناسایی سرولوژیک آنفلوانزا به دو روش انجام می‌پذیرد:

الف- روش اول:

در این روش تعداد ۱۰ جفت نمونه سرم مراحل حاد و نقاهت بیماری از ده بیمار مشکوک به آنفلوانزا گرفته می‌شود. برای این منظور لازم است، در مرحله اول با افرادی که علائم بیماری آنفلوانزا را دارند، مذاکره شود تا موافقت کنند که از آنها به فاصله حداقل ده روز دو نمونه خون

گرفته شود. معمولاً چون امکان دارد افرادی که نوبت اول خون داده‌اند، در نوبت بعدی از نمونه خون دادن منصرف شوند، لازم است در مرحله حاد بیماری از افراد بیشتری نمونه‌گیری شود مثلاً در مرحله اول یعنی مرحله حاد بیماری آنفلوانزا اگر از ۱۵ نفر نمونه‌گیری به عمل آمده باشد در مرحله نقاهت بیماری یعنی ۱۰ روز بعد اگر ۱۰ نفر از آنها نیز قابل دسترسی برای نمونه‌گیری باشند نمونه‌گیری صحیح خواهد بود. برای نمونه‌گیری به ترتیب زیر عمل می‌گردد.

- ۱- قبل از نمونه‌گیری اطلاعات مربوط به بیمار در فرم مربوطه وارد می‌شود.
- ۲- شماره ردیف مربوط به بیمار و نام محل نمونه‌گیری و تاریخ نمونه‌گیری و نوبت نمونه‌گیری روی لوله یادداشت می‌گردد.

۱۱۰ / یزد / نوبت اول
۸۳ / ۸ / ۲۷

- ۳- با دقت و رعایت اصول خونگیری مقدار ۵ میلی‌لیتر از بیمار خون گرفته می‌شود.
- ۴- خون بیمار به یک لوله منتقل می‌گردد.
- ۵- بعد از اینکه خون لخته شد، سرم خون به یک لوله دیگر منتقل می‌گردد.
- ۶- اگر سانتریفوژ در دسترس باشد بعد از سانتریفوژ نمونه سرم به راحتی از لخته جدا می‌گردد.
- ۷- نمونه سرم را تا زمان انتقال به آزمایشگاه می‌توان در فریزر معمولی نگهداری نمود.
- ۸- به فاصله ۱۴-۱۰ روز با همان ترتیب نمونه دوم خون از بیمار گرفته می‌شود.
- ۹- بعد از تکمیل نمونه‌گیری نمونه‌ها در اسرع وقت به آزمایشگاه منتقل می‌شوند.

ب- روش دوم:

در این روش نمونه‌گیر در مراکزی که اپیدمی آنفلوانزا از آنجا گزارش شده حاضر می‌گردد و ۱۰ نمونه سرم از افرادی که در حال حاضر علائم بیماری را دارند و ۱۰ نمونه سرم از افرادی که ۱۰ روز یا بیشتر از بیماریشان می‌گذرد، فراهم می‌کنند و اطلاعات را در فرم وارد می‌کنند. مراحل خونگیری همانند روش قبل انجام می‌گردد با این تفاوت که از هر فرد فقط یک نمونه خون گرفته می‌شود. روی لوله‌ها اطلاعات مربوط به نمونه مطابق روش اول نوشته می‌شود و در گوشه سمت چپ فرم نمونه‌برداری جمله «نمونه‌برداری از موارد اپیدمی» ثبت می‌گردد.

*تهیه نمونه سرمی بر اساس هماهنگی با آزمایشگاه کشوری آنفلوانزا انجام گیرد.

* در حال حاضر از بیماران مشکوک به آنفلوانزا (انسانی/پرنندگان) یک نمونه غرغره گلو و یا سواب گلو ترجیحاً در ۳ روز اول شروع بیماری تهیه گردیده و به آزمایشگاه کشوری آنفلوانزا با رعایت زنجیره سرما در طی حداکثر ۷۲ ساعت ارسال می گردد. در سایر حالات بر اساس نظر آزمایشگاه و یا پزشک معالج اقدام به نمونه برداری در دوران نقاهت و یا نمونه سرولوژی خواهد گردید.

نمونه برداری از بیماران فوت شده:

- ۱- اگر بیمار دارای لوله تراشه می باشد اسپیراسیون و جمع آوری ترشحات آندوتراکئال انجام می گیرد.
- ۲- اگر بیمار دارای لوله تراشه می باشد و قطر لوله اجازه می دهد نمونه برداری بوسیله انسیزیون و یا با سوزن از ریه مبتلا انجام می گیرد.
- ۳- نمونه برداری سوزنی از قفسه سینه به طریقه زیر می باشد:
 - ✦ ناحیه کوچکی از دیواره قفسه سینه مابین دو دنده تمیز می گردد و برش کوچکی بین آنها تا لایه های خارجی ریه ها با تیغ استریل ایجاد می گردد.
 - ✦ نمونه گوه ای شکل از ریه (حداقل ۲-۱ سانتی متر مکعب) برداشت می شود و یا با سوزن شماره ۱۸ بافت ریه اسپیره می گردد.
 - ✦ نمونه تهیه شده در محیط VTM (viral transport media) و یا سرم فیزیولوژی قرار گرفته و به آزمایشگاه حمل می گردد.
 - ✦ نمونه سوزنی باید در کوتاه ترین زمان ممکن بعد از فوت تهیه گردد.

تهیه محیط انتقال ویروس برای نمونه های بالینی مشکوک به آنفلوانزا استفاده از محیطی که چگونگی تهیه آن متعاقباً گفته خواهد شد برای جمع آوری سواب های بینی و گلو و غرغره گلو جهت شناسایی ویروس آنفلوانزا توصیه می شود.

مواد لازم برای تهیه یک لیتر محیط انتقال ویروس

۱. محیط HanKs BBS 10x بدون NaHCO_3 ۱۰۰ میلی لیتر
۲. آب دیونیزه استریل ۸۷۰ میلی لیتر

۳. آلبومین گاوی ۲۰٪ استریل ۱۰ میلی لیتر
۴. محلول پنی سیلین - استرپتومایسین استریل ۱۰ میلی لیتر
۵. محلول فونگیزون استریل ۱۰ میلی لیتر
۶. بیکربنات سدیم ۴/۴٪ استریل برای رسیدن به $\text{PH} = 6/7$

نکته:

۱. محیط $\text{Hank's BSS } 10x$ بدون NaHCO_3 به شکل پودر و به صورت تجاری تولید و عرضه میشود.
۲. غلظت نهایی آنتی بیوتیک پنی سیلین ۲۰۰ واحد در هر میلی لیتر، استرپتومایسین ۲۰ میکروگرم در هر میلی لیتر و همچنین غلظت نهایی فونگیزون در محلول ۲-۳ میکروگرم در هر میلی لیتر می باشد.

روش انجام کار:

برای تهیه یک لیتر محیط انتقال:

۱. از محلول $\text{Hank's BSS } 10x$ ، پنی سیلین - استرپتومایسین، فونگیزون و آلبومین گاوی ۲۰٪ به نسبت مقادیر گفته شده در شرایط استریل به آب مقطر اضافه نموده و مخلوط نمایید.
۲. PH محلول حاصله را با محلول بیکربنات سدیم در شرایط استریل در $6/7$ تثبیت نموده و با هر بار اضافه نمودن از بیکربنات سدیم محتویات حاصله را خوب مخلوط نمایید.
۳. محلول بدست آمده را سپس فیلتر نموده و در شرایط استریل به میزان ۲ میلی لیتر در لوله های پلاستیکی درپوش دار استریل تقسیم نموده در آنها را محکم بسته و در دمای ۴ درجه سانتیگراد نگهداری نمایید. در این دما معمولاً می توان لوله ها را تا ۳ ماه نگهداری نمود. نمونه های بالینی بایستی به روش زیر جمع آوری و به محیط انتقال اضافه شوند.

نمونه گیری برای جداسازی ویروس آنفلوانزا :

از افراد مشکوک به آنفلوانزا همزمان از بینی و گلو با سواب نمونه برداری نمایید. یک نمونه خوب برای شناسایی ویروس آنفلوانزا بایستی حاوی مقادیر قابل توجهی از سلولهای اپی تلیال دستگاه تنفسی باشد که این نمونه گیری را اساساً می توان با سواب بینی انجام داد. سواب گلو به تنهایی، حاوی سلولهای اپی تلیال سنگفرشی است که ویروس آنفلوانزا در آن تکثیر پیدا نمی کند.

- a- یک سواب که دارای سر پنبه ای بهداشتی است را به درون یکی از سوراخهای بینی برده و بالا و پایین شاخک های بینی خوب بمالید.
 - b- از سواب دیگری برای مالیدن به لوزه ها و فارنکس (حلق) استفاده نماید.
 - c- هر ۲ سواب را در یک لوله حاوی محیط انتقال قرار دهید.
 - d- قسمت چوبی هر دو سواب را بشکنید (از قیچی می توانید استفاده نمایید).
 - e- در لوله ها را با درپوش خوب ببندید.
 - f- مشخصات بیمار را بر روی لوله ها ثبت نمایید.
- **استفاده از سواب استریل با جنس داکرون یا ریون با دسته لاستیکی ارجح می باشد.

روش نمونه برداری با استفاده از ویروکالت Virocult:

نمونه ادرار:

جهت انجام بررسی ویرولوژی تهیه نمونه ادرار لازم می باشد.

روش کار:

- ۱- ۲۰ تا ۵۰ سی سی ادرار (ترجیحا" ادرار اول صبح) در ظرف استریل گرفته شود و بلافاصله با رعایت زنجیره سرما (۴-۸ درجه سانتیگراد) به آزمایشگاه، ارسال گردد.
- ۲- در آزمایشگاه لوله حاوی نمونه را در سانتریفوژ یخچال دار (۴-۸ درجه سانتیگراد) با دور ۱۵۰۰rpm یا ۵۰۰xg به مدت ۵ تا ۱۰ دقیقه، سانتریفوژ نمایید.
- ۳- مایع رویی را دور بریزید.
- ۴- رسوب حاصل را:
- الف- رسوب حاصل را مستقیم با استفاده از سواب موجود در ویروکالت به ویروکالت منتقل کرده و در آن را محکم ببندید.
- ب- و یا رسوب حاصل را در ۵/۰ الی ۱ میلی لیتر محیط ترانسپورت به صورت تعلیق در آورید. محلول فوق را به ویروکالت منتقل کرده و درب آن را محکم ببندید.
- ۵- با هماهنگی کارشناس مسئول بیماریها، طی مدت ۴۸ ساعت در شرایط سرد به آزمایشگاه ملی ارسال نمایید.

نمونه گلو:

روش کار:

الف) روش غرغره کردن:

- ۱- دومیلی لیتر محیط مخصوص انتقال (نمونه ویروس)، غرغره شود.

- ۲- محیط غرغره شده را درون لیوان یک بار مصرف بریزید.
- ۳- محیط غرغره شده را در داخل لیوان به لوله استریل در پیچ دار منتقل کنید. سر لوله را ببندید (این نمونه باید با هماهنگی کارشناس مسئول بیماریها و حداکثر طی ۴۸ ساعت در شرایط سرد به آزمایشگاه ملی ارسال گردد).

ب) روش سواب:

- ۱- در مواردی که امکان غرغره کردن نباشد (مانند کودکان)، از سواب استریل برای نمونه گیری استفاده شود.
- ۲- سواب را چندین بار بر روی انتهای حلق (نازوفارنکس) بکشید بطوریکه سلولهای اپیتلیال کنده شده به آن بچسبند.
- ۳- سواب را در ویروکالت قرار داده و درب آن را محکم ببندید.
- ۴- با هماهنگی کارشناس مسئول بیماریها، نمونه را در دمای مناسب (۴-۸ درجه سانتیگراد) و در اسرع وقت (طی ۴۸ ساعت)، به آزمایشگاه ملی ارسال نمایید.

شرح وظایف آزمایشگاههای سطوح مختلف در برنامه آنفلوآنزا (آزمایشگاه ملی، آزمایشگاه اقماری، آزمایشگاه همکار، سایر آزمایشگاههایی که در برنامه همکاری می نمایند):

وظایف آزمایشگاههای بالینی و بیمارستانها

- ۱- همکاری با آزمایشگاه رفرانس بهداشتی شهرستان
- ۲- تهیه و ارسال نمونه‌های تهیه شده به آزمایشگاه رفرانس بهداشتی شهرستان
- ۳- آموزش و مراقبت و غربالگری پرسنل آزمایشگاه
- ۴- درجه بندی و تعیین و تأمین نیاز به تجهیزات مورد لزوم در موارد افزایش نمونه‌ها

وظایف آزمایشگاههای بهداشتی شهرستان

- ۱- همکاری با آزمایشگاه رفرانس استان
- ۲- انجام آزمایشات لازم فقط در صورتی که ایمنی زیستی سطح ۲+ وجود دارد.
- ۳- آموزش و مراقبت و غربالگری پرسنل آزمایشگاه
- ۴- درجه بندی و تعیین و تأمین نیاز به تجهیزات مورد لزوم در موارد افزایش نمونه‌ها
- ۵- آموزش و بازآموزی آزمایشگاههای تابعه و سایر آزمایشگاههایی که در برنامه همکاری دارند
- ۶- همکاری با تیم مراقبت بهداشتی در نمونه گیری از موارد مشکوک
- وظایف آزمایشگاه رفرانس استان (شامل آزمایشگاه اقماری " Sub-national Lab " ، آزمایشگاه همکار " Collaborative Lab "):

- ۱- پایش آمادگی و توانمندی آزمایشگاه جهت ارزیابی توانمندی پاسخ به افزایش نیاز

- ۲- فراهم نمودن حمایت فنی با شبکه آزمایشگاهی WHO و معاونت‌های بهداشتی و دامپزشکی
- ۳- پشتیبانی کامل از آزمایشگاه‌های تحت پوشش در کلیه زمینه‌ها بالاخص اداری، مالی، پرسنلی
- ۴- همکاری و نظارت و پایش آزمایشگاه‌های بهداشتی به منظور اطمینان از تشخیص و تعیین گونه‌های ویروسی به طور ایمن و مؤثر
- ۵- تهیه دستور العمل‌های ایمنی زیستی (Bio-safety) و ایمنی حمل و نقل نمونه‌ها (Bio-security)
- ۶- انجام آزمایشات تشخیص اولیه (در دانشگاه‌هایی که آزمایشگاه اقماری یا همکار دارند) براساس اصول استاندارد و با هماهنگی و مجوز آزمایشگاه ملی آنفلوانزا
- ۷- آموزش و بازآموزی آزمایشگاه‌های تابعه و سایر آزمایشگاه‌هایی که در برنامه همکاری دارند.

وظایف آزمایشگاه ملی آنفلوانزا:

- ۱- همکاری با آزمایشگاه مرجع در راستای تشخیص ویروس، حساسیت‌دارویی و پایش تغییرات ویروسی
- ۲- همکاری با آزمایشگاه‌های سطوح پایین‌تر به منظور اطمینان از توانایی‌ها و ایمنی و مصرف صحیح تست‌های تشخیصی
- ۳- تهیه و هدایت تست‌های مرجع نمونه‌های مثبت، انجام ایزولاسیون ویروس
- ۴- پشتیبانی آزمایشگاه‌ها جهت جداسازی منشأ ویروسی که جهت تولید واکسن پاندمی بکار گرفته خواهد شد.
- ۵- انجام RT – PCR در سطح ایمنی زیستی (BSL2+)
- ۶- انجام جداسازی ویروس در سطح ایمنی زیستی (BSL3) و بالاتر
- ۷- تهیه و به روزرسانی دستور العمل‌های ایمنی زیستی و ایمنی حمل و نقل نمونه‌ها
- ۸- پایش چرخش ویروس از طریق نمونه برداری‌های تصادفی
- ۹- ارائه آموزش، بازآموزی و راهنمایی به رسل آزمایشگاهی در کلیه سطوح
- ۱۰- همکاری با آزمایشگاه‌های تشخیصی حیوانات جهت پایش فعالیت ویروس آنفلوانزایی که ممکن است بر جمعیت انسانی تأثیر گذارد.
- ۱۱- همکاری با طراحان و جریان برنامه جامع مقابله با پاندمی آنفلوانزا جهت تهیه برنامه، حفظ آمادگی و ارائه برنامه پاسخ آزمایشگاهی در هنگام پاندمی
- ۱۲- انجام آزمایشات تشخیصی اولیه و تست‌های تشخیصی سریع
- ۱۳- تهیه چک لیست‌های فنی: اجرایی، پاسخ دهی

در دوران پاندمی:

آزمایشگاه‌های بالینی و بهداشتی شهرستانی و استانی بنا بر ضرورت و توانمندی و ظرفیت سازی (که از قبل ایجاد شده) نسبت به انجام آزمایشات تشخیص اولیه اقدام خواهند نمود.

فصل چهارم

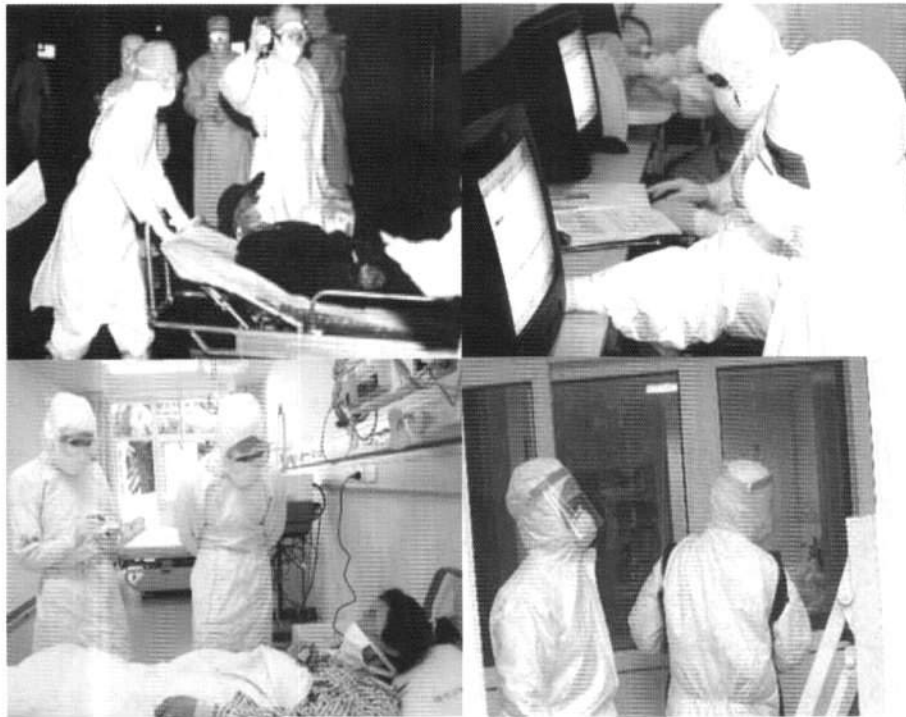
آنفلوآنزای پاندمیک

(PANDEMIC INFLUENZA)

وزارت بهداشت

سازمان بهداشت جهانی

(PANDEMIC INFLUENZA)



فصل چهارم:
آنفلوآنزای پاندمیک

آنفلوآنزای پاندمیک

پاندمی آنفلوآنزا ناشی از گونه جدید و خطرناک ویروس آنفلوآنزا است که معمولاً هیچ یک از افراد جامعه نسبت به آن ایمنی نداشته و از این رو باعث انتشار جهانی (پاندمی) می‌شود. در قرن گذشته ۳ مورد پاندمی آنفلوآنزا روی داده است که شدیدترین آن در سال ۱۹۱۸-۱۹۱۷ (نوع اسپانیایی) باعث کشتار میلیونی (حدود ۴۰ میلیون) در جهان شد و پاندمی‌های کوچکتر در سال‌های ۱۹۵۷ (نوع آسیایی) و ۱۹۶۸ (نوع هنگ‌کنگی) روی داد. زمان وقوع پاندمی بعدی قابل پیش‌بینی نیست اما فاصله میان پاندمی‌ها حدود ۴۲-۱۱ سال بدون الگوی مشخصی تغییر داشته است. شواهد اپیدمیولوژیک حاکی از عواقب وخیم‌تر پاندمی آینده است.

WHO (سازمان بهداشت جهانی) با ۱۲ مرکز ملی آنفلوآنزا، مشغول پایش و بررسی ویروس‌های آنفلوآنزا در کشورها می‌باشد تا از طریق این مراقبت مداوم جهانی، ویروس عامل پاندمی جدید را بموقع کشف نماید.

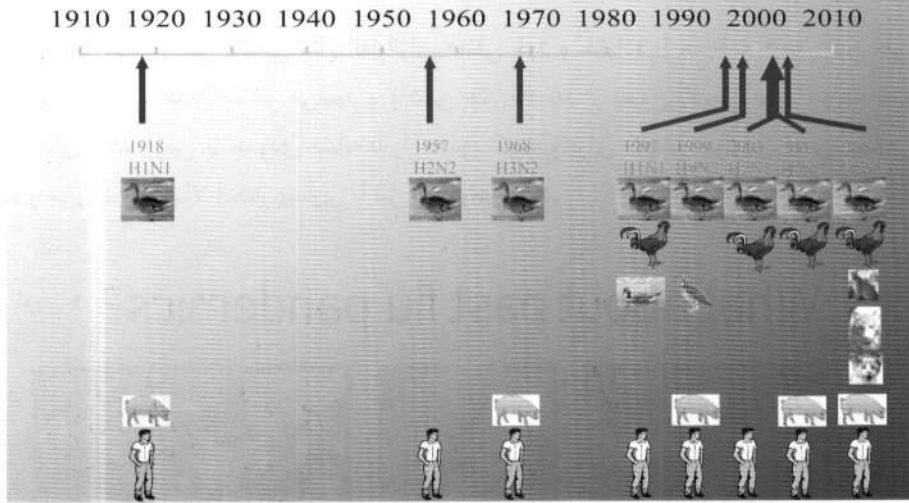
پاندمی آنفلوآنزا بدن‌بال شیفت آنتی‌ژنی و تولید ویروس جدیدی که جامعه نسبت به آن مصونیت ندارد روی می‌دهد. اما با تولید آنتی‌بادی ضدویروس جدید، میزان مصونیت جامعه افزایش یافته و به تدریج تغییرات در ریفت آنتی‌ژنی در ویروس روی داده و ایمنی نسبت به آن کمتر می‌گردد.

اپیدمی‌های مکرر طی سال‌های بعد بوسیله سوش‌هایی که دچار دریفت آنتی‌ژنی شده‌اند بروز می‌کند و بعد از ۳۰-۱۰ سال ایمنی جامعه نسبت به تمامی این ساب تایپ‌های تغییر یافته به میزان زیادی افزایش می‌یابد و بدین ترتیب شرایط انتشار ویروس جدید فراهم می‌شود. ویروس جدید به علت ترکیب مجدد ژنتیکی تشکیل می‌شود و بنابراین با ساب تایپ قبلی کاملاً متفاوت است و با ظهور این ویروس، پاندمی بعدی روی می‌دهد و روند قبلی تکرار می‌شود. عوامل مختلفی که زمینه‌ساز بروز اپیدمی هستند غیر از مفاهیم ایمنی جامعه و تغییرات آنتی‌ژنیک هنوز مشخص نشده است و نیز عوامل مؤثر در فروکش کردن اپیدمی و نیز میزبان واسطه‌ای که در فواصل اپیدمی‌ها باعث حفظ ویروس می‌شود نیز مشخص نیست.

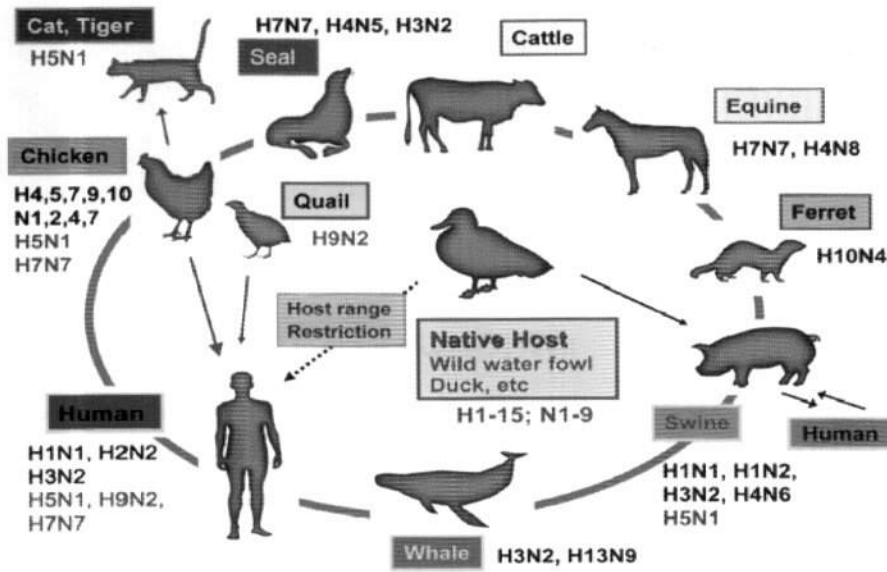
طی سال‌های اخیر با توجه به افزایش بقای بیماران مشخص شد که سوش‌های مختلف از یک ساب تایپ خاص و یا ساب تایپ‌های مختلف ویروس آنفلوانزا ممکن است در حمله دخالت داشته باشند. مطالعات اخیر حاکی از بروز مجدد سوش‌هایی در حمله بعدی می‌باشد و به این حالت پدیده موج پیشرو (Herald Wave) می‌گویند.

نشانه‌های بیماری در آنفلوانزای پاندمیک شبیه آنفلوانزای فصلی اما با شدت بیشتر بوده و شامل شروع ناگهانی تب، سرفه، سردرد، خستگی شدید و درد عضلات و نشانه‌های تنفسی مثل درد گلو می‌باشد.

Avian Flu Human Infections



فصل چهارم:
آنفلوآنزای پاندمیک



آنفلوانزای پاندمیک باعث بیماری خیلی شدید شده و انتظار می‌رود حدود ۲۵٪ جمعیت (در مقایسه با ۱۵٪ گرفتاری در نوع فصلی) درگیر شوند و بیماری بسیار جدی‌تر خواهد بود و طی چند ماه باعث مرگ و میر جهانی می‌شود.

توصیه می‌شود در طی پاندمی مثل آنفلوانزای فصلی خود و خانواده را حفاظت کنیم، چون طی پاندمی، ویروس جدید منتشر می‌شود و واکنس چند ماه بعد از شروع پاندمی تولید خواهد شد. داروهای ضدویروس تا حدودی نشانه‌ها را محدود کرده و برای کاهش عوارض جدی بیماری بکار می‌روند و احتمالاً انتشار بیماری را نیز کم خواهند کرد.

What about past flu pandemics?



Credit: US National Museum of Health and Medicine



1918: "Spanish Flu"
A(H1N1)

20-40 m deaths

675,000 US deaths

1957: "Asian Flu"
A(H2N2)

1-4 m deaths

70,000 US deaths

1968: "Hong Kong Flu"
A(H3N2)

1-4 m deaths

34,000 US deaths

توصیه‌های سازمان بهداشت جهانی (WHO):

سازمان بهداشت جهانی ضمن تعریف آنفلوانزا برای بین دوره‌های همه‌گیری و در حین آن اقدام به تدوین یک برنامه زمان‌بندی شده در خصوص آمادگی برای مقابله با این ویروس نموده است که شامل شش فاز می‌باشد:

۱- دوران بین پاندمی‌ها:

فاز ۱: زیر گونه جدیدی از ویروس آنفلوانزا در انسان گزارش نگردیده است. یک زیر گونه ویروس آنفلوانزا که در انسان باعث عفونت می‌شود در حیوانات وجود دارد و ریسک* عفونت و یا بیماری انسانی بصورت زیر بررسی می‌شود.

فاز ۲- زیر گونه جدیدی از ویروس آنفلوانزا در انسان گزارش نگردیده است و گردش زیر گونه ویروس آنفلوانزای حیوانی به عنوان خطر* اساسی بیماری در انسان مطرح می‌باشد.

۲- دوران هشدار پاندمی:

فاز ۳- عفونت (ها) انسانی با زیر گونه جدید بدون انتشار از انسان به انسان و یا حداقل با شواهد ضعیف انتشار از طریق تماس نزدیک، روی داده است.

فاز ۴- گروه (های)*** کوچکی با انتقال محدود انسان به انسان و به شدت موضعی وجود دارد و مطرح کننده عدم تطابق مناسب ویروس با انسان می‌باشد.**

فاز ۵- گروه (های) بزرگی با انتقال انسان به انسان و با انتشار محلی وجود دارد و مطرح کننده تطابق بهتر و رو به افزایش ویروس با انسان می‌باشد اما ممکن است هنوز بخوبی قابل انتقال نباشد (خطر بالقوه پاندمی)**.

۳- دوران پاندمی:

فاز ۶- فاز پاندمی: انتقال مداوم و افزایشی موارد بیماری در جمعیت

۴- دوران پس از پاندمی:

دوران بازگشت به دوره بین پاندمی‌ها می‌باشد.

* وجه تمایز بین فاز ۱ و ۲ متکی بر خطر عفونت یا بیماری در انسان ناشی از گونه‌های در چرخش در حیوانات می‌باشد. این تفاوت ناشی از عوامل مختلف و اهمیت آنها براساس دانش علمی موجود است. از جمله این عوامل توانایی بیماریزایی در انسان و حیوان، وقوع در حیوانات اهلی و محل زندگی آنها و یا فقط در حیوانات وحشی و طبیعت، انتشار محدود یا گسترده، اطلاعات مربوط به ژنوم ویروس، اهلی بودن و یا وحشی بودن ویروس و سایر اطلاعات علمی می‌باشد.

** وجه تمایز فاز ۳ و ۴ و ۵ براساس ارزشیابی خطر پاندمی می‌باشد. عوامل مختلفی براساس دانش موجود مطرح می‌باشند. از جمله این عوامل میزان

انتقال، منطقه و انتشار جغرافیایی، شدت بیماری، وجود ژن از گونه انسانی (در صورتیکه از گونه حیوانی مشتق شده باشد)، اطلاعات حاصل از ژنوم ویروسی می‌باشد.

*** یک گروه غیرعادی از موارد یا مرگ ناشی از بیماری شبه آنفلوانزا بدین گونه تعریف می‌شود: یک گروه از موارد (مشکوک، محتمل، تأیید شده) خاص با شروع بیماری در طی یک دوره ۲ هفته‌ای در یک منطقه جغرافیایی یکسان و با وجود علائم کلینیکی مشابه شامل علائم ریوی و عدم تطابق با الگوی اپیدمیولوژیک و نماهای بالینی در موارد عفونت با آنفلوانزای فصلی.

مراقبت آنفلوانزای پاندمیک:

مراقبت پاندمی آنفلوانزا با توجه به اهمیت و گستردگی موضوع، گروه‌های مختلفی را که در امر پاسخ‌دهی به پاندمی مشارکت دارند و بر مبنای فازهای مختلف پاندمی طراحی و عملیاتی می‌گردد.

اهداف مراقبت پاندمی آنفلوانزا:

- اطمینان یافتن از انجام مراقبت کافی و مناسب جهت گزارش ظهور تهدید پاندمی از ابتدای شروع آن
- آمادگی مناسب جهت اجرای بموقع و کامل فعالیت‌های ویژه مورد نیاز براساس فازهای پاندمی
- اطمینان از تشخیص سریع زیر گونه‌های ویروس جدید
- اطمینان از گزارش، ثبت و پاسخ‌دهی فوری
- تأخیر در ورود ویروس پاندمی به کشور
- محدودسازی گسترش پاندمی بوسیله اجرای اقدامات محدودکننده فوری
- محدودسازی بیماری‌زایی و مرگ رو به افزایش ناشی از ویروس پاندمی
- اطمینان یافتن از حفظ و نگهداری سرویس‌های ضروری ارائه خدمات در طی وقوع پاندمی
- تأمین اطلاعات سریع و قابل اطمینان و به روز در تمامی مراحل پاندمی

■ کاهش فشار ناشی از بروز پاندمی بر سیستم بهداشتی و سایر صنایع

استراتژیهای پاسخ به پاندمی در کشور عبارتند از:

۱. **راهبرد آمادگی:** شامل برنامه ریزی و طراحی، تهیه و تامین وسایل و امکانات و تجهیزات، اطلاع رسانی و آموزش، تامین منابع مالی و انسانی
۲. **راهبرد محدودسازی:** این روش اشاره به پیشگیری از انتقال و گسترش بیماری بوسیله اقدامات کنترلی در مرزها، جداسازی بیماران، محدودسازی تماسهای بیماران، استفاده منطقی از داروهای ضدویروسی و واکسن می‌نماید.
۳. **راهبرد حفظ و نگهداری سرویس‌های ضروری:** که در این روش با توجه به گسترش انفجاری بیماری در کل جامعه، تأکید بر حفظ و نگهداری سرویس‌های ضروری ارائه خدمات عمومی به جامعه می‌باشند.

فعالیت‌های مراقبت پاندمی:

نحوه مراقبت در جریان پاندمی آنفلوآنزا همانند مراقبت آنفلوآنزای فصلی و اپیدمی حاصل از آن می‌باشد ولی با این تفاوت که فعالیت‌های عمده مراقبتی براساس فازهای پاندمی طراحی می‌گردد و براساس فعالیت‌های فازهای بعدی متکی بر تقویت و تشدید فعالیت‌های به عمل آمده در فازهای قبلی می‌باشد و لذا کلیه اقدامات مراقبتی زیر بایستی مورد توجه قرار گیرد:

۱. تقویت و تشدید مراقبت آزمایشگاهی در کلیه سطوح و در تمامی بخش‌های (دولتی و خصوصی) جهت کلیه موارد مشکوک به بیماری
۲. تقویت و تشدید نظام گزارش‌دهی فوری
۳. تقویت و تشدید اقدامات کنترلی در مرزها، مبادی ورودی و خروجی کشور
۴. تقویت و تشدید اقدامات پیشگیری و حفاظت فردی
۵. تقویت و تشدید اقدامات آموزشی و اطلاع‌رسانی
۶. تقویت و تشدید اقدامات لازم در هنگام وقوع بحران و حوادث غیرمترقبه
۷. تقویت و تشدید هماهنگی برون بخشی و درون بخشی
۸. تقویت و تشدید اقدامات درمانی و سرویس‌های بستری بیماران (داخل بیمارستانی-خارج از بیمارستان)
۹. تقویت و تشدید اقدامات لازم در ارائه خدمات اورژانسی

تفاوت‌های اصلی بین آنفلوانزای فصلی و آنفلوانزای پاندمیک

آنفلوانزای فصلی	آنفلوانزای پاندمیک
<ul style="list-style-type: none"> • هر سال طی زمستان روی می‌دهد. • اکثریت مردم طی ۱ تا ۲ هفته بدون نیاز به درمان بهبودی می‌یابند. • مرگ‌ها در میان گروه‌های در خطر روی می‌دهد که شامل: <ul style="list-style-type: none"> - داشتن شرایط جسمی خاص (مثل بیماری‌های ریوی، دیابت، کانسر، مشکلات قلبی یا کلیوی)؛ - کسانی که سیستم ایمنی آنها بخاطر HIV/AIDS یا پیوند تضعیف شده است؛ • واکسن‌ها بر ضد آنفلوانزای فصلی مؤثر هستند (زیرا سویه ویروس در گردش در هر زمستان تا حدودی قابل پیش‌بینی است). • واکسیناسیون سالیانه در صورتی که زیر گروه ویروس پیش‌بینی شده صحیح باشد و نیز داروهای ضدویروس برای گروه‌های در خطر در دسترس هستند. 	<ul style="list-style-type: none"> • پاندمی آنفلوانزا تقریباً هر ۳۰ سال اتفاق می‌افتد و در هر فصلی روی می‌دهد. • مردم بیشتری نسبت به نوع فصلی درگیر می‌شوند. (در حدود ۲۵٪ یا بیشتر از کل جمعیت) و همراه با میزان بیشتری بیماری و مرگ و میر است. • مردم در تمام گروه‌های سنی در خطر عفونت هستند. • واکسن بر ضد پاندمی آنفلوانزا در زمان شروع آن در دسترس نخواهد بود (چون زیر گونه ویروس کاملاً جدید است). این ویروس با دیگر ویروس‌های در گردش طی زمستان گذشته متفاوت است و قابل پیش‌بینی نخواهد بود. • عرضه داروهای ضدویروس محدود بوده و کاربرد آنها بستگی به میزان کارایی آنها طی پاندمی دارد.

مدیریت و هدایت برنامه:

به منظور ساماندهی و برنامه‌ریزی و اقدام مناسب کمیته‌های مختلف در سطوح عملیاتی تشکیل گردیده است:

کمیته کشوری مقابله با پاندمی آنفلوانزا:

این کمیته با ترکیب اعضای زیر تشکیل می‌گردد: وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی - وزارت جهاد کشاورزی - وزارت کشور - وزارت اطلاعات - وزارت دفاع - وزارت آموزش و پرورش - وزارت علوم و تحقیقات و فن آوری - ستاد کل نیروهای مسلح - وزارت دادگستری - وزارت رفاه - صدا و سیما - سازمان حفاظت محیط زیست - سازمان دامپزشکی - سازمان هلال احمر - سازمان بهزیستی - شهرداری - سازمان بیمه خدمات درمانی - سازمان بیمه تامین اجتماعی - ستاد حوادث غیرمترقبه کشور - نهاد ریاست جمهوری - نماینده مقام معظم رهبری - نماینده مجمع تشخیص مصلحت نظام - سازمان های نظام پزشکی و نظام پرستاری و نظام دامپزشکی کشور - سازمان امدادوآتش نشانی - وزارت ارتباطات و فن آوری اطلاعات - نیروی مقاومت بسیج - و سایر نهادها و وزارتخانه ها در صورت لزوم

الف - زیر کمیته اجرایی پاندمی آنفلوانزا:

این کمیته به منظور پیگیری عملیات اجرایی با حضور نمایندگان اعضای کمیته کشوری تشکیل می‌گردد.

ب - زیر کمیته علمی پاندمی آنفلوانزا:

اپیدمیولوژیست - ویروولوژیست - متخصص عفونی اطفال - متخصص عفونی بزرگسالان - متخصص داخلی - متخصص علوم آزمایشگاهی - متخصص بهداشت عمومی - متخصص آموزش بهداشت - متخصص روانپزشکی - متخصص بیماری‌های ریوی - متخصص علوم ارتباطات و سایر متخصصین مرتبط در صورت لزوم.

نکات مورد توجه در برنامه آمادگی مقابله با پاندمی آنفلوانزا:

- در حال حاضر میزان حمله بیماری (میزان بروز علایم بالینی بیماری) در جامعه حداقل ۱۵٪ و حداکثر ۳۵٪ محاسبه گردیده است (البته این میزان در بعضی از مناطق دنیا تا بیش از ۸۰٪ نیز محاسبه شده است).
- در زمان پاندمی حدود ۹۸٪ افراد بیمار خدمات بهداشتی و درمانی را خارج از بیمارستان دریافت خواهند نمود.

- در حدود ۱٪ تا ۲٪ میزان حمله بیماری، افراد نیازمند بستری در بیمارستان خواهند بود.
- در حدود ۳۰٪ افراد بستری نیازمند دریافت خدمات ویژه (ICU) خواهند بود.
- در حدود ۱٪ تا ۲٪ کل افراد مبتلا فوت خواهند نمود (این عدد بستگی به میزان و شدت بیماری و ارائه خدمات حمایتی و پشتیبانی متغیر خواهد بود).
- در حال حاضر توصیه شده است در سطح هر شهرستان ۲ اتاق ایزوله تنفسی دارای فشار منفی (۲ تخت در هر اتاق با شرایط استاندارد) راه اندازی و فعال گردد.
- متوسط اقامت و بستری هر فرد بیمار در بیمارستان ۵ تا ۷ روز محاسبه می گردد.
- متوسط اقامت و بستری هر بیمار در اتاق ایزوله تنفسی ۱۰ روز محاسبه می گردد.
- درصد افزایش روزانه موارد مراجعه کننده به بیمارستان بطور متوسط ۳٪ محاسبه می گردد (این درصد تابعی از شدت و میزان بروز بیماری در منطقه خواهد بود).
- مدت حمله اولیه پاندمی ۶ تا ۱۲ هفته (بطور متوسط ۸ هفته) و بطور متوسط مرحله پاندمی ۸ تا ۱۲ ماه (۲-۳ سال با مراحل اوج متعدد و در مکانهای مختلف) محاسبه می گردد.



***برنامه جامع مقابله با پاندمی آنفلوانزا به تفصیل در دستورالعمل جداگانه ارائه می گردد.**

فصل پنجم

فرمهای عملیاتی

محتوی نامه

فصل اول: کلیات

1-1- اهمیت و وسعت پدیده آنفلوانزا

1-2- اهمیت اقتصادی آنفلوانزا

1-3- اهمیت اجتماعی آنفلوانزا

1-4- اهمیت علمی آنفلوانزا

1-5- اهمیت بهداشتی آنفلوانزا

1-6- اهمیت سیاسی آنفلوانزا

1-7- اهمیت فرهنگی آنفلوانزا

1-8- اهمیت زیست‌محیطی آنفلوانزا

1-9- اهمیت تاریخی آنفلوانزا

فرمهای عملیاتی:

- تکمیل کلیه فرمهای عملیاتی باید بصورت تایپ شده باشد.
- تکمیل تمامی اطلاعات خواسته شده در فرمها ضروری می باشد.
- ثبت نام و امضای تکمیل کننده فرم ها ضروری می باشد.
- حفظ و بایگانی فرمها بر اساس طبقه بندی اداری ضروری می باشد.
- با راه اندازی سیستم بایگانی و ثبت کامپیوتری تمامی اطلاعات در سیستم مکانیزه جمع آوری خواهد گردید.
- سلسله مراتب بکارگیری و تکمیل فرمهای عملیاتی به شرح زیر می باشد:

راهنمای تکمیل فرم شماره یک:

اطلاعات هر فردی که در نظام مراقبت بیماری آنفلوانزا وارد می گردد ، باید در فرم شماره یک(فرم لیست خطی موارد مشکوک به آنفلوانزا) ثبت شود.

- ✓ این فرم برای موارد ذکر شده با کد ۱ تا ۵ در کلیه سطوح بهداشتی درمانی کاربرد دارد.
- ✓ براساس آنکه فرد مشکوک در کدام سیستم مراجعه یا شناسایی گردیده است کدهای ۱ تا ۵ علامتگذاری شود.
- ✓ ضروری است اطلاعات درخواستی مرتبط به هر یک از کدها در ردیف مربوط بطور کامل ثبت گردد.
- ✓ کد ۱ مربوط به دانشگاههایی است که پایگاه دیده ور آنفلوانزا دارند.
- ✓ در هر دانشگاه فرمهای ارجاع داده شده از سطوح تابعه جهت ارسال به مرکز مدیریت بیماریهای واگیر بر اساس شماره ردیف تزایدی از ابتدای سال تنظیم می گردد (بر اساس کد انتخابی) بعبارتی در هر کد موارد با شماره ردیف تزایدی از ابتدای همان سال گزارش می گردد.
- ✓ در مواردی که نمونه گیری انجام شد یک نسخه از فرم تکمیل شده به همراه نمونه به آزمایشگاه با رعایت ضوابط و شرایط نگهداری نمونه ارسال می گردد.
- ✓ این فرم در سه نسخه تهیه می گردد: (یک نسخه به مرکز مدیریت بیماری های واگیر، یک نسخه به همراه نمونه به آزمایشگاه، یک نسخه جهت بایگانی)

- ✓ ضروری است یک بیمارستان بعنوان شاهد در مرکز استان یا شهرستان مرکزی دانشگاه تعیین گردیده و نسبت به نمونه برداری از موارد پنومونی حاد اقدام نماید. بیمارستان منتخب (شاهد) باید دارای بخش عفونی فعال یا بخش داخلی فعال (که نسبت به بستری بیماران عفونی اقدام می کند) باشد.
- ✓ پنومونی حاد گزارش شده از بیمارستان های تحت پوشش (بجز بیمارستان شاهد با کد ۵) در کد ۳ ثبت می گردد
- ✓ دستورات ذکر شده در انتهای فرم ۱ در هنگام تکمیل فرم بدقت رعایت گردد.
- ✓ گزارش تلفنی فوری کانون مشکوک به انفلوانزای پرندگان / طغیان یا اپیدمی تنفسی مشکوک به مرکز مدیریت بیماری های واگیر ضروری است.
- ✓ فرم ۱ لغایت یکشنبه هفته بعد باید به مرکز مدیریت بیماری های واگیر نامبر گردد.
- ✓ گزارش صفر هفتگی برای کد های ۱ و ۵ ضروری بوده و با ثبت بر روی فرم ۱ ارسال می گردد.

راهنمای تکمیل فرم شماره ۲:

در صورتی که جهت فرد مشکوک به آنفلوانزا پروفیلاکسی یا درمان با داروی ضد ویروسی (اسلتامی ویر) شروع گردید باید اطلاعات فرد در فرم لیست خطی دریافت کنندگان داروی اسلتامی ویر وارد گردد (فرم شماره ۲).

✓ فرم شماره ۲ پس از تکمیل و ارجاع از سطوح محیطی در سطح شهرستان بایگانی و نگهداری می گردد.

راهنمای تکمیل فرم شماره ۳:

اطرافیان و اعضای خانواده فرد مشکوک که مورد پیگیری و مراقبت قرار می گیرند، اطلاعات آنها در فرم ثبت درجه حرارت افراد در معرض تماس با فرد/کانون مشکوک به آنفلوانزای پرندگان وارد می گردد (فرم شماره ۳).

✓ در پیگیری اطرافیان یا کانون مشکوک چنانچه فردی دچار تب یا علائم آنفلوانزا گردید نام او در فرم شماره ۱ وارد شده و پس از نمونه گیری تحت درمان قرار می گیرد و فرم شماره ۲ نیز تکمیل می گردد.

✓ ادامه یا قطع درمان بر اساس نظر فوکال علمی
برنامه و پزشک معالج و نتیجه آزمایش خواهد
بود.

✓ فرم شماره ۳ در سطح شهرستان بایگانی و
نگهداری می گردد.

راهنمای تکمیل فرم شماره ۴:

برای کلیه افراد مشکوک به انفلوانزای پرندگان باید فرم
بررسی انفرادی موارد انسانی مشکوک به انفلوانزای پرندگان
تکمیل گردد (فرم شماره ۴).

✓ این فرم در یک نسخه تکمیل می گردد.

✓ اطلاعات پزشکی بر اساس پرونده پزشکی
بیمار در فرم وارد می گردد.

✓ فرم شماره ۴ در سطح شهرستان بایگانی و
نگهداری می گردد.

راهنمای تکمیل فرم شماره ۵:

فرم شماره ۵ گزارشی از وضعیت دارو و وسایل حفاظت فردی
ارائه می نماید.

✓ فرم شماره ۵ در سطح شهرستان تکمیل و یک
نسخه از آن به سطح استان و از آنجا پس از

جمع بندی به مرکز مدیریت بیماری های واگیر
نمابر می گردد.

✓ فرم شماره ۵ در پایان هر ماه (لغایت پنجم ماه
بعد) به مرکز مدیریت بیماریها ارسال گردد.

راهنمای تکمیل فرم شماره ۶:

فرم گزارش وضعیت منطقه مشکوک /آلوده به آنفلوآنزای
پرندگان جهت کلیه مناطق/کانون های مشکوک یا آلوده
تکمیل می گردد (فرم شماره ۶).

✓ فرم شماره ۶ در سطح شهرستان تکمیل و یک
نسخه از آن به سطح استان واز آنجا به مرکز
مدیریت بیماری های واگیر نمابر می گردد.
✓ بایگانی فرم در سطح شهرستان و سطح
استان انجام می گردد.

راهنمای تکمیل فرم شماره ۷:

اطلاعات مربوط به گروههای گیرنده واکسن آنفلوآنزا در
لیست وضعیت مصرف واکسن آنفلوآنزا ثبت می گردد (فرم
شماره ۷).

✓ فرم شماره ۷ بطور سالیانه جمع بندی و ارسال
می گردد.

✓ فرم شماره ۷ در زمان انجام واکسیناسیون
 بطور ماهیانه تکمیل و از شهرستان به استان
 وبه مرکز مدیریت بیماری های واگیر ارسال می
 گردد.

راهنمای تکمیل فرم شماره ۸:

- ✓ این فرم بصورت ماهیانه در دونسخه (یک نسخه بایگانی و یک نسخه ارسال به مرکز مدیریت بیماریها) تکمیل می گردد.
- ✓ در طول سال ضمن تکمیل فعالیتهای ماهیانه نسبت به تکمیل ستون ماههای قبل نیز اقدام می گردد.
- ✓ درستون جمع عدد تزایدی ماهیانه محاسبه و اعمال می گردد.
- ✓ در قسمت مربوط به مواد آموزشی تعداد تکثیر یا چاپ شده مواد آموزشی وارد می گردد.
- ✓ در ردیف استفاده از صدا و سیمای محلی تعداد برنامه های ارائه شده ثبت می گردد (میزان ساعت برنامه ها مورد نظر نمی باشد)
- ✓ در ردیف تشکیل جلسات هماهنگی برون بخشی، در ردیف سایر مواردی را که با سازمانها و ادارات دیگر بجز موارد ذکر شده در ردیف های بالاتر می باشد ثبت می گردد.
- ✓ کلیه جلساتی که تعداد آنها در فرم ثبت می شود باید دارای صورتجلسه بعنوان مستندات باشند.
- ✓ کلیه فعالیتهای و از جمله بازدیدهایی که در فرم ثبت می شوند باید دارای صورتجلسه و گزارش بازدید بعنوان مستندات باشند.
- ✓ یک نسخه از مقالات و تحقیقات بعمل آمده که تعداد آنها در فرم ثبت می گردد باید به مرکز مدیریت بیماریها ارسال گردیده و

مضافاً رونوشتی از آنها در معاونت بهداشتی بعنوان مستندات موجود باشد.

✓ در کلیه فرم های فوق الذکر در هر ستونی که نیازمند علامت گذاری است از علامت بعلاوه (+ یا -) استفاده گردد.

*** کلیه فرمهای تکمیل شده فوق الذکر بنا به درخواست نیز به مرکز مدیریت بیماریهای واگیر ارسال خواهد گردید.**

فصل پنجم:
فرمهای عملیاتی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی											
لیست خطی دریافت کنندگان داروی اسلیمی ویر در برنامه مراقبت آنفلوانزا											
فرم شماره ۲											
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی:											
مرکز بهداشت شهرستان:											
سال:											
ماه:											
ملاحظات	تعداد داروی مصرفی	تاریخ مصرف دارو		درمان	پروفیلاکسی	نام کانون آلوده نام بیمارستان	نام شهر / روستا	شغل	سن	نام و نام خانوادگی کد ملی کد پستی	ردیف
		خاتمه	شروع								
											۱
											۲
											۳
											۴
											۵
											۶
											۷
											۸
											۹
											۱۰
جمع											

تاریخ تکمیل فرم :

نام و امضاء تکمیل کننده:

نام و امضاء رئیس مرکز بهداشت:

فرم شماره ۴

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

مرکز مدیریت بیماریها

فرم بررسی انفرادی موارد انسانی مشکوک به آنفلوآنزای پرندگان

کد بر اساس فرم شماره یک:

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مرکز بهداشت شهرستان.....

شهر..... روستا/ منطقه..... تاریخ گزارش.....

نام و نام خانوادگی بیمار..... کد ملی:..... کد پستی:

شغل..... سن..... جنس..... ملیت..... تاریخ بستری:..... نام بیمارستان:

علائم بالینی:

تاریخ شروع علائم بالینی:.....

تب سرفه گلودرد تنگی نفس
- آیا علائم تنفسی به صورت حاد شروع شده است؟ بلی خیر

سایر علائم بالینی:.....

یافته‌های اپیدمیولوژیک:

- سابقه تماس با ماکیان: دارد ندارد

- وجود مرگ و میر در ماکیان منطقه: وجود دارد وجود ندارد

- سابقه تماس در ۱۰ روز قبل از بروز علائم بالینی با بیماران مبتلا به بیماری حاد تنفسی وجود داشته است؟

بلی خیر

- سابقه تماس در ۱۰ روز قبل از بروز علائم بالینی با بیمارانی که به دلیل ابتلا به بیماری حاد تنفسی بدون علت

مشخص فوت کرده‌اند وجود داشته است؟ بلی خیر

- سابقه مسافرت در ۱۰ روز قبل از شروع علائم بالینی به کشورهای خارجی وجود دارد؟ بلی خیر

نام کشور:..... نام شهرهای مراجعه شده:.....

- در صورتی که جواب سوال فوق بلی است به سئوالات زیر در مورد تماس در کشورهای خارجی پاسخ دهید:

۱- آیا با ماکیان اهلی مرده یا زنده تماس داشته است؟ بلی خیر

۲- آیا با پرندگان وحشی مرده یا زنده تماس داشته است؟ بلی خیر

۳- آیا با خوک تماس داشته است؟ بلی خیر

۴- آیا به محلی که ماکیان اهلی یا خوک در طی ۶ هفته قبل به آنفلوآنزای پرندگان مبتلا شده بوده‌اند مراجعه داشته

است؟ بلی خیر نامشخص

- سابقه تماس با نمونه‌های آزمایشگاهی موارد مشکوک انسانی یا پرندگان در ۱۰ روز قبل از شروع علائم بالینی وجود

داشته است؟ بلی خیر محل تماس:..... زمان تماس:.....

راهنمای کشوری مراقبت و کنترل بیماری آنفلوانزا

- رادیوگرافی قفسه سینه : طبیعی غیر طبیعی

لطفاً یافته‌های غیرطبیعی را ذکر کنید

لطفاً نام آزمایشات انجام شده را ذکر نمایید

لطفاً نتایج آزمایشات غیرطبیعی را ذکر نمایید

- آیا بیمار به عنوان پیشگیری داروی ضد ویروسی استفاده کرده است؟

بلی خیر نام دارو: تاریخ شروع پیشگیری:

- آیا درمان ضد ویروسی شروع شده است؟

بلی خیر نام دارو: تاریخ شروع درمان:

- آیا واکسن آنفلوانزا تزریق شده است؟ بلی خیر

تاریخ تلقیح واکسن

- سایر داروهای مصرف شده:

- تعداد افراد در تماس با بیمار: (خانواده/سایرین)

- نتیجه بررسی افراد در تماس با بیمار (خانواده/سایرین) در طی ۱۰ روز پس از تماس با بیمار

- نتیجه درمان: بهبود یافته تاریخ قطع تب تاریخ ترخیص

فوت شده تاریخ و علت فوت

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم سمت امضاء

فصل پنجم:
فرمهای عملیاتی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
لیست وضعیت دارو و وسایل حفاظت فردی در برنامه مراقبت آنفلوآنزا

فرم شماره ۵

سال: _____ ماه: _____

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی:
مرکز بهداشت شهرستان: _____

میزان موجودی کل	وضعیت کیت حفاظت فردی			وضعیت ماسک			وضعیت دارو			نام شهرستان	ردیف
	میزان مصرفی در این ماه	میزان دریافتی در این ماه	میزان موجودی از ماه قبل	میزان مصرفی در این ماه	میزان دریافتی در این ماه	میزان موجودی از ماه قبل	میزان مصرفی در این ماه	میزان دریافتی در این ماه	میزان موجودی از ماه قبل		
											۱
											۲
											۳
											۴
											۵
											۶
											۷
											۸
											۹
											۱۰
											۱۱
											۱۲
											۱۳
											۱۴
											۱۵
											۱۶
											۱۷
											۱۸
											۱۹
											۲۰
											جمع کل

نام و امضاء رئیس مرکز بهداشت شهرستان / استان:

نام و امضاء تکمیل کننده:

تاریخ تکمیل فرم:

فرم گزارش وضعیت منطقه آلوده - برنامه مراقبت آنفلوانزای پرندگان - فرم شماره ۶

ملاحظات:	نام دانشگاه	
	نام شهرستان	
	نام منطقه / روستای آلوده	
	تاریخ بروز بیماری	
	تاریخ گزارش به سیستم بهداشتی	
	تاریخ انجام اولین بازدید بهداشتی	
	تاریخ گزارش به سازمان دامپزشکی	
	تاریخ انجام اولین بازدید دامپزشکی	<input type="radio"/> خانه بهداشت
		<input type="radio"/> مرکز بهداشتی درمانی
		<input type="radio"/> گزارش مردمی
	<input type="radio"/> دامپزشکی	
	<input type="radio"/> سایر	" نامبرده شود"
<input type="radio"/> صنعتی <input type="radio"/> سنتی و بومی	مشخصات طیور تلف شده	
	نوع طیور تلف شده	
	محل تلفات طیور (مزرعه طیور - منزل - تالاب - فضای آزاد)	
	تاریخ شروع تلفات	
	تعداد تلفات تا هنگام گزارش	
	تعداد کل طیور تلف شده تا زمان معدوم سازی	
	تاریخ شروع معدوم سازی	
	طول مدت زمان اجرای عملیات معدوم سازی	
	روش معدوم سازی	
	تعداد معدوم سازی شده	
	مکان معدوم سازی (داخل مزرعه/روستا - خارج مزرعه / روستا)	
	محل دفن لانه‌های طیور (چاله / گودال - چاه - سایر)	
	تعداد و نام روستاها یا اماکن همجوار که در آنها معدوم سازی انجام گردید	
	تعداد طیور معدوم سازی شده در روستاها یا اماکن همجوار	
	تعداد کارگران شاغل در مرغداری	
	تعداد کارگران ساکن در مرغداری	
	تعداد خانوار ساکن در مرغداری / روستا / محل	
	تعداد اعضای خانوار ساکن در مرغداری / روستا / محل	
	تعداد اعضای خانوار مراقبت شده	
	تعداد افراد / کارگران مراقبت شده	
	تعداد افراد دارای علائم بالینی	
	تعداد افراد بیمار سرپایی	
	تعداد افراد بیمار بستری شده	
	تعداد افراد واکسینه شده	
	تعداد افراد تحت پروقیلاکسی دارویی	
	تعداد افراد تحت درمان سرپایی	
نام و امضاء تکمیل کننده فرم:	نام و امضاء مسئول واحد مبارزه با بیماری‌ها:	تاریخ تکمیل:

روش‌های تشخیصی برای آنفلوانزا

تشخیص آنفلوانزا می‌تواند با روش‌های مختلفی انجام شود. این روش‌ها شامل:

- تشخیص بالینی: بر اساس علائم و نشانه‌ها.
- تشخیص میکروسکوپی: مشاهده ویروس در میکروسکوپ الکترونی.
- تشخیص بافت‌شناختی: مشاهده تغییرات در بافت‌ها.
- تشخیص مولکولی: استفاده از روش‌هایی مانند RT-PCR.
- تشخیص سرولوژی: استفاده از آنتی‌بادی‌ها.

روش‌های تشخیصی در این بخش به تفصیل شرح داده شده است.

تشخیص بالینی: این روش بر اساس علائم و نشانه‌ها انجام می‌شود. علائم اصلی آنفلوانزا شامل تب، سرفه، گلودرد، احتقان بینی و خستگی است. تشخیص بالینی می‌تواند در موارد شدید و واضح انجام شود، اما در موارد خفیف و غیرمتمم، تشخیص با روش‌های دیگر ضروری است.

تشخیص میکروسکوپی: در این روش، ویروس آنفلوانزا در میکروسکوپ الکترونی مشاهده می‌شود. ویروس آنفلوانزا دارای ساختار مشخصی است که شامل یک هسته مرکزی و یک غشای خارجی است. تشخیص میکروسکوپی می‌تواند برای تایید تشخیص بالینی و شناسایی ویروس استفاده شود.

تشخیص بافت‌شناختی: در این روش، تغییرات در بافت‌ها مشاهده می‌شود. آنفلوانزا می‌تواند باعث تغییرات در بافت‌های تنفسی شود. تشخیص بافت‌شناختی می‌تواند برای تایید تشخیص بالینی و شناسایی ویروس استفاده شود.

تشخیص مولکولی: این روش‌ها شامل RT-PCR و تست‌های سریع هستند. RT-PCR یک روش دقیق و حساس است که می‌تواند برای تشخیص آنفلوانزا استفاده شود. تست‌های سریع نیز می‌توانند برای تشخیص آنفلوانزا استفاده شوند.

تشخیص سرولوژی: این روش‌ها شامل تست‌های آنتی‌بادی هستند. آنتی‌بادی‌ها می‌توانند برای تشخیص آنفلوانزا استفاده شوند. تشخیص سرولوژی می‌تواند برای تایید تشخیص بالینی و شناسایی ویروس استفاده شود.

فصل پنجم:
فرمهای عملیاتی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی لیست وضعیت مصرف واکسن اقلوآنزول دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی: مرکز بهداشت شهرستان:		سال:		فرم شماره ۷	
ردیف	نام شهرستان / نام مرکز واکسناسیون	بهداشتی پرسنل	بهداشتی پرسنل درمانی	بیماران خاص	کانون ابوده
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					
۶					
۷					
۸					
۹					
۱۰					
۱۱					
۱۲					
۱۳					
۱۴					
جمع کل					

تاریخ تکمیل فرم :

نام و امضاء تکمیل کننده:

نام امضاء رئیس مرکز بهداشت :

جمع کل

ضمانہ

مأمون

ضمیمه ۱:

مروری بر نحوه جمع‌آوری، نگهداری و انتقال نمونه های انفلوانزای پرندگان در انسان

نمونه‌گیری

از هر مورد مشکوک انسانی باید نمونه‌گیری بعمل آید. بر روی هر نمونه بایستی مشخصات یعنی نام بیمار یا کد شناسایی آن و اطلاعات مربوط به نمونه یعنی نوع نمونه و زمان و محل نمونه‌گیری نوشته شود.

در مورد H₅N₁ سوابهای گلو(پشت حلقی) بهترین نمونه هستند ولی در مورد ویروسهای آنفلوانزای A و B انسانی سواب ترشحات بینی و یا اسپیراسیون و سوابهای نازوفارنکس نمونه‌های مناسبی می‌باشند. در مورد بیمارانی که انتوبه هستند گرفتن یک اسپیراسیون از نای یا جمع کردن یک نمونه در حین لاواژ برونکوالوتولار بهتر است.

در موارد اسهال سواب رکتال و در مننژیت گرفتن مایع نخاع ممکنست کمک کننده باشد.

زمان نمونه‌گیری

سواب گلو بایستی در ۳ روز اول بعد از شروع علائم گرفته شود. البته باید به این نکته توجه داشت که ویروس بطور عمومی از سوابهای گلو در زمان شروع علائم یا حتی قبل از شروع علائم تا اواخر هفته دوم و گاهی هفته سوم قابل جداسازی است. لذا در مواردیکه نمونه‌های اولیه بیمار منفی باشد ولی علائم آنها ادامه یابد و یا سابقه تماس با پرنده آلوده را داشته باشند، نمونه‌گیری مجدد بر اساس توصیه پزشک معالج و دستورالعمل توصیه می‌گردد. در موارد

داشتن علائم تنفسی تحتانی مثل پنومونی، ویروس از آسپیراسیون نای از هنگام شروع علائم تا هفته دوم یا سوم قابل شناسایی است. نمونه سرم در فاز حاد بیماری (تا ۷ روز پس از شروع علائم) بایستی گرفته شود. نمونه سرم مربوط به دوره نقاهت ۳-۴ هفته بعد گرفته می‌شود.

نمونه منفرد سرم از نظر وجود آنتی‌بادیهای نوترالیزان بایستی ۱۴ روز بعد از شروع علائم گرفته شود که با گذشت زمان در طول ۳ الی ۴ هفته میزان آنها افزایش می‌یابد. جهت جمع آوری سرم یا از لوله های جداکننده سرم و یا لوله های معمولی استفاده می شود. در این صورت در طول شب سرم در لوله جمع شده و سپس با پیپت خارج می گردد. سرم نبایستی بیش از ۱۲ ساعت در تماس با لخته قرار گیرد چون ممکنست گلبولهای قرمز لیز شوند.

نمونه سرم جهت شناسایی RNA ویروسی در طول ۷-۹ روز اول بعد از شروع علائم گرفته می‌شود. در این مورد از EDTA استفاده می‌شود چون EDTA, RNAase را غیرفعال می‌نماید. نباید از هپارین استفاده کرد چون مهار کننده PCR است.

نمونه‌گیری اولیه بایستی قبل از شروع درمان ضد ویروس صورت پذیرد. البته توجه به این نکته ضروری است که درمان استاندارد ممکنست باعث منفی شدن سوابهای گلو شود اما در تولید آنتی‌بادیهای نوترالیزان اثری نخواهد داشت.

نمونه گیری از افرادی که تماس مشکوک داشته اند ولی هیچ علائمی ندارند به احتمال قوی کمک کننده نخواهد بود. در این موارد افراد بایستی از نظر علائم تا ۷ روز تحت کنترل باشند و در صورت ظهور علائم بیماری مشابه آنفلوانزا نمونه گیری انجام شود.

نمونه‌های خونی جهت مطالعات سرولوژیکی می‌توانند در موارد مختلف زیر مورد استفاده قرار گیرند:

۱- بعنوان وسیله‌ای جهت جستجوی موارد بدون علامت

۲- جهت مطالعه شیوع عفونت A/H₅N₁

۳- جهت بررسی میزان مستعد بودن به عفونت A/H₅N₁

میزان نمونه خون در بچه‌ها ۱ سی‌سی و در بالغین ۳-۴ سی‌سی می‌باشد.

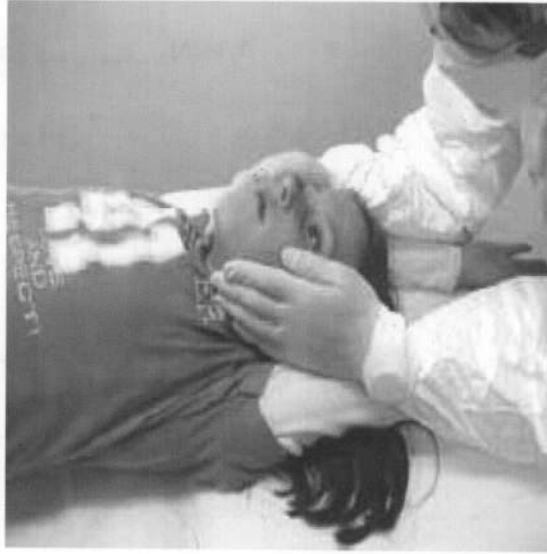
نمونه‌گیری از مجرای تنفسی

در هنگام نمونه‌گیری از گلو چون فرد نمونه‌گیر بسیار نزدیک به بیمار است و احتمال پخش شدن ذرات تنفسی زیاد است، لذا بایستی نمونه‌گیر پوشش حفاظتی کامل داشته باشد.

از بالغین در حالت نشسته نمونه‌گیری می‌شود. در مورد بچه‌ها چون نمونه‌گیری برای آنها استرس‌زا می‌باشد، لذا کودک بایستی در وضعیتی قرار گیرد که در طول نمونه‌گیری کاملاً آرام بوده و حرکت نکند.

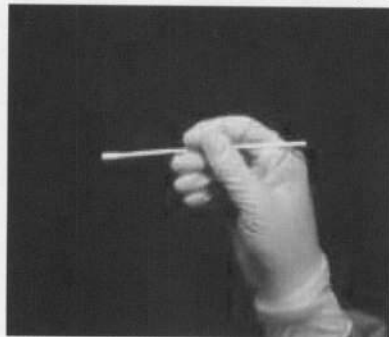
شکل ۱: نحوه نگهداشتن کودک هنگام نمونه‌گیری



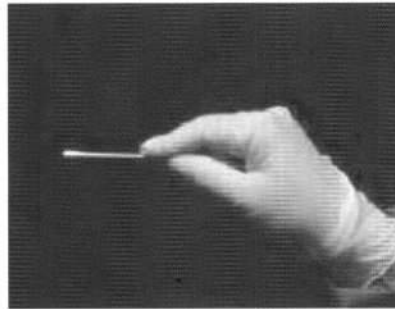


نحوه گرفتن سواب نیز مهم می‌باشد سواب بایستی بین انگشت شست و انگشتهای اول و دوم (مثل گرفتن خودکار) بطور صحیح گرفته شود. اگر سواب درست گرفته نشود، واکنش مریض در هنگام نمونه-گیری ممکنست باعث حرکت سواب شده و به مریض صدمه وارد نماید.

شکل ۲) نحوه گرفتن صحیح سواب



شکل ۳) نحوه نادرست گرفتن سواب



باید از سوابهای استریل حاوی ابریشم مصنوعی و یا داکرون با دسته‌های پلاستیکی استفاده نمود زیرا سوابها با دسته‌های چوبی یا آلزینات کلسیم و یا سوابهای حاوی کتان ممکنست موادی داشته باشند که برخی ویروسها را غیرفعال نمایند یا باعث مهار PCR شوند، لذا بهتر است از آنها استفاده نشود مگر اینکه سواب مناسب در دسترس نباشد. برای هر نمونه، یک ویال حاوی ۲ الی ۳ سی سی از محیط ترانسپورت مناسب استفاده می‌گردد.

اگر محیط ترانسپورت ویروسی^۱ موجود نبوده و یا نتوان نمونه‌ها را در دمای مناسب ذخیره کرد، سوابها را می‌توان در اتانول ۱۰۰٪ قرار داد. اگر اتانول ۱۰۰٪ نیز موجود نباشد، نوع صنعتی آن یعنی اتانول ۹۹٪ بکار برده می‌شود. ۱-۲ سی سی اتانول را در ویال ریخته، سواب در داخل آن قرار می‌گیرد. توجه به این امر الزامی است که این نمونه‌ها فقط جهت PCR مفید می‌باشند.

اگر برای شکستن دسته سوابها جهت قرارگیری در لوله از قیچی استفاده می‌شود بایستی قیچی را با حرارت ضد عفونی نموده و پس از سرد شدن از آن استفاده کرد.

^۱ - Viral transport medium (VTM)

در صورتیکه بخواهید سواب را دور بیاندازید، نوک سواب را در محیط ترانسپورت بمدت ۳۰ ثانیه قرار داده و سپس آن را به جدار لوله فشار داده، خارج کنید (البته این روش در نگهداری در الکل استفاده نمی‌شود).

سوابهای گلو و نازوفارنکس

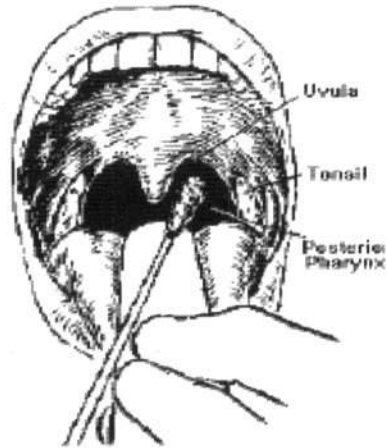
در مورد نمونه‌های مجرای تنفسی فوقانی سوابهای پشت حلقی (گلو) بهترین سواب هستند ولی بعلت مشکل بودن نمونه‌گیری بخصوص در بچه‌ها، معمولاً از سوابهای نازوفارنکس استفاده می‌شود.

شکل ۴ گرفتن سواب گلو: زبان را فشار داده و سواب را به دیواره خلفی حلق وارد کنید. جهت بالا رفتن

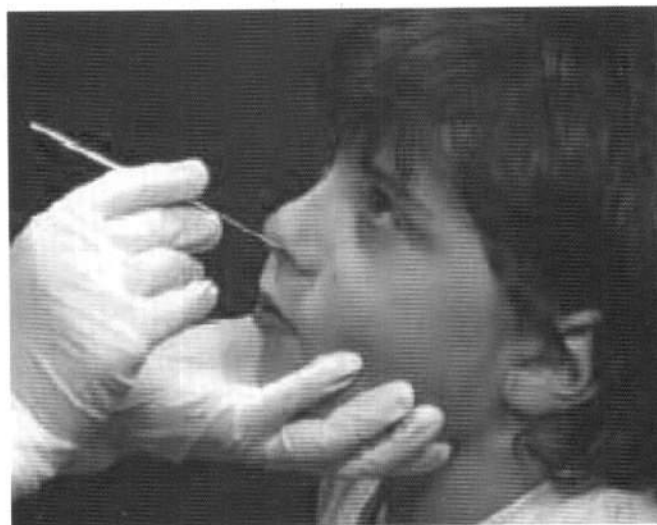
زبان کوچک بیمار باید اه بگوید. مراقب باشید که سواب به کام نرم و زبان نخورد.

(شکل در صفحه بعد)





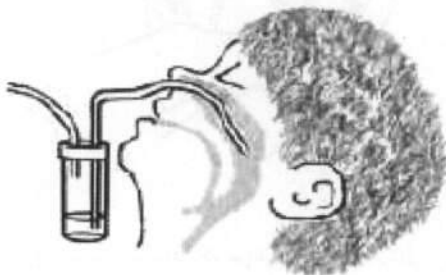
شکل ۵ گرفتن سواب نازوفارنکس: بوسیله یک سواب انعطاف پذیر پلی استری وارد سوراخ بینی شده و از نازوفارنکس نمونه بگیرد. سر بیمار بایستی کمی به سمت عقب گرفته شود. در افراد بالغ سواب را حدود ۵-۶ سانتی متر وارد بینی کرده تا مطمئن شوید که وارد ناحیه خلفی فارنکس شده است و در همان وضعیت چند ثانیه نگه داشته و سپس به آرامی بچرخانید. از هر سوراخ یک نمونه بگیرید.



آسپیراسیون نازوفارنکس

این روش در کودکان و نوزادان از سواب راحت تر و کارآمدتر می باشد.

شکل ۶) آسپیراسیون نازوفارنکس: باکاتر سیلیکون و ساکشن ترشحات را اسپیره نمائید.

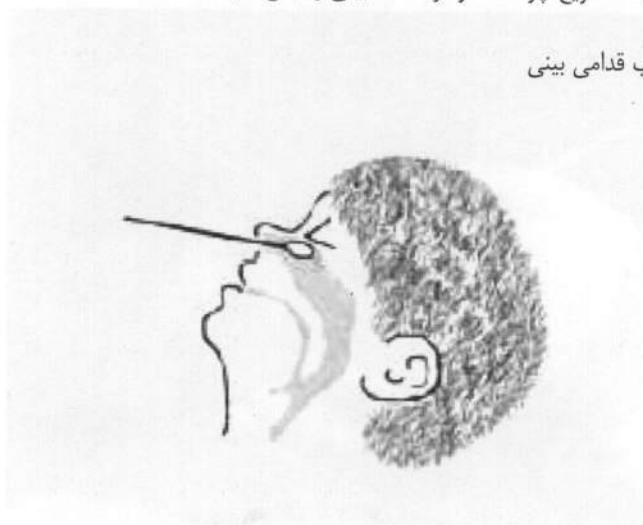


سواب قدامی بینی:

سواب استفاده شده همانند سواب گلو است. بایستی سواب را به اندازه ۳-۲ سانتی متر (در بالغین) وارد

سوراخ بینی نموده، سریع چرخانده و ترشحات بینی را جمع کنید.

شکل ۷) سواب قدامی بینی



نمونه های محیطی

۱) نمونه فضولات پرندگان

نمونه های فضولات از قفس پرندگان یا محل زندگی آنها بایستی بصورت تازه از فضولات مرطوب جمع آوری شود. سواب را بایستی کاملا آغشته به فضولات کرده و در محیط ترانسپورت قرار داد (در این مورد میزان آنتی بیوتیک و ضدقارچ مورد استفاده بایستی دوبرابر باشد).

۲) نمونه آب

آب را از حوضچه ها و مکانهایی که پرندگان آب می خورند جمع آوری کنید. باید از سطح آب که محل نوشیدن پرندگان است جمع آوری انجام شود. در این مورد ۵ سی سی آب جمع کرده و آنرا به ۵ سی سی محیط ترانسپورت اضافه نمایید. PH آنرا چک نمایید تا مطمئن شوید که بین ۶ و ۸ باشد. در صورت امکان نمونه آب را در عرض ۳ ساعت آزمایش کنید در غیر این صورت در ۷۰- نگهداری نمایید.

اگر از شیریا پمپ آب نمونه تهیه می کنید هر گونه اتصالات سر آنها را جدا کرده و محل خروج آب را شسته و ضدعفونی کنید (بهتر است با شعله این کار را انجام دهید). قبل از جمع آوری اجازه دهید تا مقداری آب خارج شود.

نحوه جمع آوری آب از جایگاههای نوشیدن پرندگان در مزارع:

محل خروج آب و اطراف آن را با محلول سفید کننده ۱:۱۰۰ ضدعفونی کنید. محل خروج آب را با یک جفت گیره استریل؛ نگهداشته سپس اجازه دهید تا آب برای ۵ ثانیه خارج شود. اکنون نمونه گیری کنید. حداقل از ۵ محل خروج در ۵ مکان مختلف نمونه گیری نمایید. در بین هر نمونه گیری گیره ها را با الکل ۷۰٪ ضدعفونی کنید.

۳) نمونه گیری از خاک

از مکانهایی که پرندگان فعال هستند نمونه تهیه کنید.

۲-۱ گرم از خاک را به ۱۰ سی سی محیط ترانسپورت اضافه نمایید. PH آنرا چک کنید تا بین ۶ و ۸ باشد. اکنون آنرا بشدت مخلوط کرده و دوباره PH را چک کنید، اگر PH درست باشد فوراً آنرا در -70°C بگذارید. اگر PH بسیار بالا یا پایین باشد مقدار زیادی نمونه خاک را (بطور مثال ۱۰۰ گرم) در یک تیوب بدون محیط ترانسپورت جمع کرده و فریز نمایید.

نحوه نگهداری نمونه‌ها

نکات مهم در مورد نگهداری نمونه‌ها

۱) نمونه‌ها را بایستی قبل از یخ زدن تقسیم نمود. برای ذخیره، حداقل میزان نمونه لازم ۰/۵ سی سی می‌باشد. بعنوان مثال ۳ سی سی نمونه را می‌توان به ۶ قسمت تقسیم کرد.

۲) جهت جلوگیری از بین رفتن عفونت زایی بایستی از یخ زدن و آب شدن مکرر نمونه‌ها خودداری کرد. نبایستی از فریزرهای Frost free استفاده نمود.

۳) اگر نمونه‌ها جهت جداسازی ویروس در عرض ۴ روز به آزمایشگاه برده شوند می‌توانیم آنها را در $+4^{\circ}\text{C}$ درجه سانتی گراد نگه‌داری کنید در غیر این صورت بایستی در -70°C نگهداری شوند.

۴) در مورد سوابهایی که در اتانول گذاشته شده است بهتر آن است که بجای نگهداری آنها در دمای اتاق در $+4^{\circ}\text{C}$ درجه سانتی گراد نگهداری کرد.

۵) نمونه‌های خون جهت PCR بایستی در -70°C و جهت اندازه‌گیری آنتی‌بادی سرم در -20°C یا کمتر نگهداری شوند. اما لازم به ذکر است که تقریباً به مدت یک

هفته نیز می‌توان آنها را در $+4^{\circ}\text{C}$ نگهداری نمود.

۶) نمونه‌های ویروس آنفلوانزا نبایستی در یخ خشک ذخیره و حمل شوند. مگر اینکه در ظروف شیشه‌ای بطور محکم بسته‌بندی شوند تا CO_2 نتواند وارد آنها شود زیرا که CO_2 ویروسهای آنفلوانزا را بسرعت غیر فعال می‌نماید.

نحوه انتقال نمونه‌ها

جهت انتقال نمونه‌های فریز شده از یخ خشک یا نیتروژن مایع استفاده می‌شود. در این مورد چون یخ خشک و نیتروژن مایع هر دو گازهایی تولید می‌کنند که باعث خفگی می‌شود، لذا باید محیط، تهویه مناسب داشته باشد. در ضمن چون احتمال انفجار وجود دارد بایستی انتقال در جعبه‌های عایق مخصوص که قادر به خارج کردن گاز هستند صورت گیرد. فلاسکه‌هایی که جهت انتقال نیتروژن مایع بکار می‌روند را *dry shipper* گویند. فرم اطلاعات مربوط به نمونه باید ضمیمه شود.

نحوه شستشوی دستها

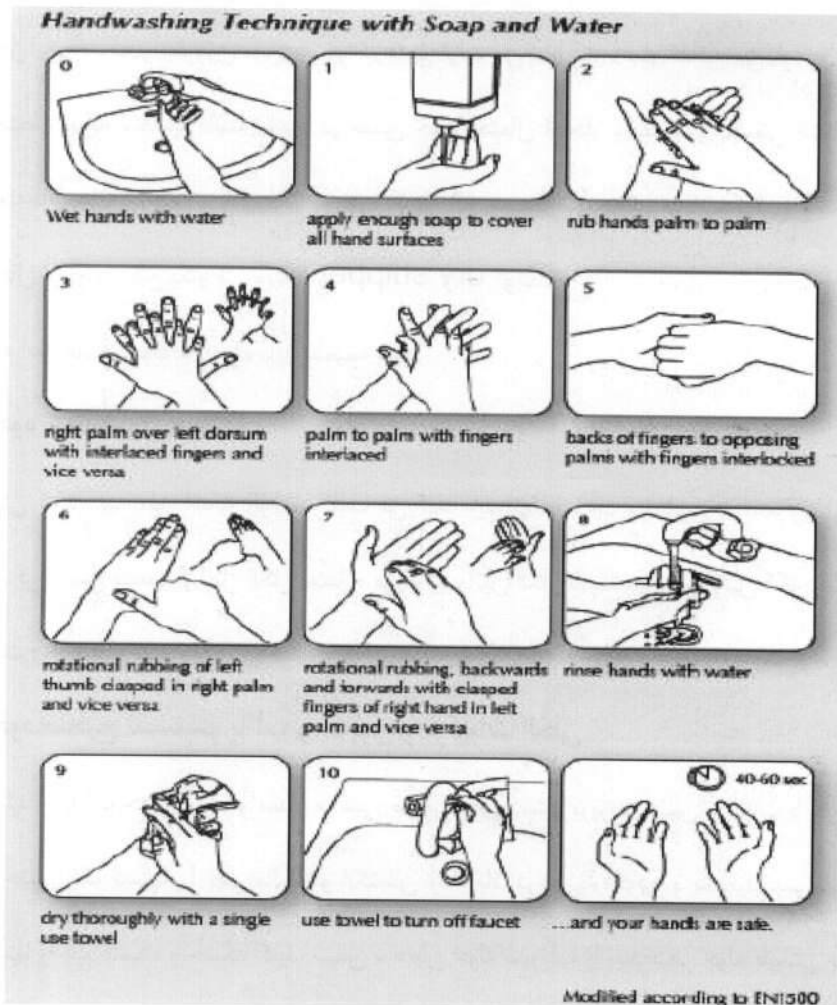
وقتی که دستها بطور آشکار آلوده و کثیف می‌باشند باید آنها را با آب و صابون شست. ولی وقتی آلودگی واضح نیست از اتیل الکل استفاده می‌گردد. اتیل الکل نسبت به ایزوپروپیل الکل فعالیت بیشتری بر علیه ویروسها دارد.

نحوه صحیح شستشو با آب و صابون و ترکیبات الکلی

دستها را با آب خیس کرده و مقدار مناسبی صابون روی دستها بریزید. سپس با شدت با حرکات چرخشی کف دستها را بهم مالیده و انگشتان را کاملاً درهم وارد کرده و بشوید. پس از آن دستها را آب کشیده و خشک کنید. سپس با همان حوله شیر آب را ببندید. هر حوله بایستی یکبار

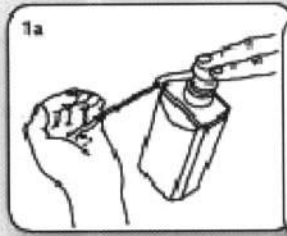
استفاده شود. از آب داغ جهت شستشو استفاده نکنید چون احتمال درماتیت را افزایش می دهد. وقتی با ترکیبات حاوی الکل می خواهید دستهایتان را تمیز نمایید. یک کف دست خود را از ماده مربوطه پر کرده سپس دستهایتان را بطور کامل با آن شسته و بعد دستهایتان را بهم بمالید تا خشک شوند.

شکل ۸) تکنیک شستن دستها با آب و صابون

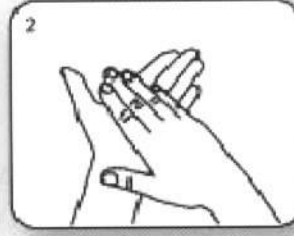
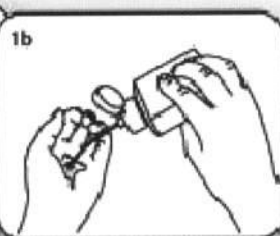


شکل ۹) تکنیک تمیز کردن دستها با الکل

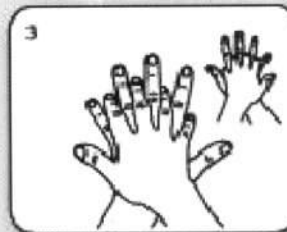
Hand Hygiene Technique with Alcohol-Based Formulation



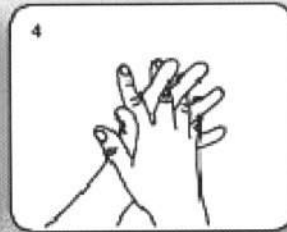
1a Apply a palmful of the product in a cupped hand and cover all surfaces.



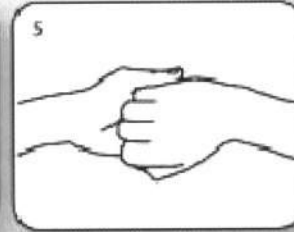
2 Rub hands palm to palm



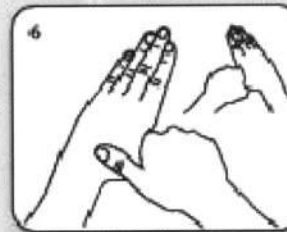
3 right palm over left dorsum with interlaced fingers and vice versa



4 palm to palm with fingers interlaced



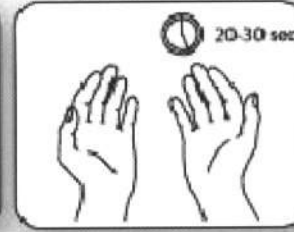
5 backs of fingers to opposing palms with fingers interlocked



6 rotational rubbing of left thumb clasped in right palm and vice versa



7 rotational rubbing, backwards and forwards with clasped fingers of right hand in left palm and vice versa



...once dry, your hands are safe.

Modified according to EN1500

حفاظت تنفسی

نمونه‌گیری از گلو بخصوص در فضای بسته نیاز به حفاظت تنفسی دارد که برای این منظور انواع مختلف ماسکهای محافظ وجود دارد که مشابه ماسکهای جراحی هستند ولی فیلترهایی دارند که مانع ورود ذرات تنفسی می‌شوند.

عفونت زدایی

کلر بعنوان ماده ضد عفونی کننده در مقابل آلودگی A/H5N1 دارای مزیت‌هایی به شرح زیر می‌باشد:

- ۱) ارزان بوده و براحتی می‌توان آن را تهیه کرد.
 - ۲) یکی از مواد ضد عفونی کننده است که براحتی در آزمایشگاههایی که PCR انجام می‌دهند قابل استفاده می‌باشد چون می‌تواند اسیدهای نوکلئیک را قطعه قطعه نماید در حالیکه دیگر مواد ضد عفونی کننده مثل ترکیبات آمونیم و الکل باعث رسوب اسید نوکلئیک و لذا نتایج کاذب در تستهای PCR می‌شوند.
- بهترین ترکیب کلردار همان وایتکس خانگی می‌باشد. این ماده سفید کننده حاوی محلولی از هیپوکلریت سدیم می‌باشد که دارای ۵٪ کلر است (50 gr/lit یا 50 000 ppm). نکاتی که باید به آنها توجه شود:

- ۱) محصولات مختلف ممکنست غلظتهای متفاوتی از کلر را داشته باشند، لذا این غلظت بایستی قبل از مصرف چک شود.
- ۲) سفید کننده‌ها ممکنست در طول زمان مقداری از کلر خود را ازدست دهند. لذا در صورت امکان باید از انواع تازه آنها استفاده نمود. اگر سفید کننده بوی شدید کلر را

ندهد نبایستی از آن استفاده کرد.

(۳) محلولهای غلیظ نبایستی جهت ضد عفونی استفاده شوند، چون آنها حاوی مواد سمی

دیگری هستند که فقط در مصارف خانگی بایستی بکار روند.

به هنگام آماده کردن محلولهای ضد عفونی کننده به موارد زیر توجه فرمایید:

(۱) چون این محلولها بتدریج قدرت خود را از دست می دهند لذا محلول رقیق شده تازه

باید بطور روزانه آماده و تهیه گردد.

(۲) آب تمیز بایستی استفاده شود چون مواد ارگانیک کلر را از بین می برند.

(۳) محلول ۱:۱۰ سفید کننده سوزاننده است لذا از تماس مستقیم آن با پوست و چشمها

جلوگیری کنید.

(۴) چون محلولهای کلردار از خود کلر ساطع می کنند، لذا آنها را در محیطی که تهویه

مناسب وجود دارد تهیه و آماده نمایید.

(۵) در تهیه و نگهداری این محلولها از ظرفهای پلاستیکی استفاده نمایید. چون ظروف

فلزی بسرعت خورده می شوند و همچنین محلول را تحت تأثیر قرار می دهند.

دو رقت مختلف از این محلول مورد استفاده قرار می گیرد:

(۱) محلول ۱:۱۰ که حاوی ۰/۵٪ کلراست. یک ضد عفونی کننده قوی می باشد که

جهت ضد عفونی کردن وسایل نقلیه، بدنه و تایلر آنها، مواد زاید دفعی، آلودگیهای

ناشی از خون و مایعات بدن و همچنین تهیه کردن محلول ۱:۱۰۰ بکار می رود.

(۲) محلول ۱:۱۰۰ که حاوی ۰/۰۵٪ کلر می باشد جهت ضد عفونی کردن سطوح، وسایل

پزشکی، وسایل خواب و لباسهای محافظ قبل از شستشو با ماشین لباس شویی بکار

می‌رود.

همچنین جهت پاک کردن دستکشها در مواردیکه دستکش تازه وجود ندارد، پاک کردن پیش‌بندها و چکمه‌ها قبل از ترک اتاق مریض و همچنین ضد عفونی کردن مواد دفعی آلوده قبل از بیرون انداختن آنها بکار می‌رود.

جهت تهیه محلول ۱:۱۰، یک حجم از سفید کننده را به ۹ حجم آب تمیز اضافه کنید. جهت تهیه محلول ۱:۱۰۰، یک حجم از محلول ۱:۱۰ را به ۹ حجم آب تمیز اضافه نمایید. البته می‌توان با اضافه کردن یک حجم از محلول سفیدکننده به ۹۹ حجم آب هم آن را تهیه کرد.

روش ضد عفونی کردن

تمام اشیایی که در تماس با مواد عفونت‌زا بوده‌اند بایستی ضد عفونی شوند:

(۱) سطوح

پیش‌بند، دستکش و در صورت لزوم هر محافظت کننده دیگری بپوشید و با محلول ۱:۱۰۰ سطوح را تمیز کرده سپس تمام مواد مورد استفاده را بسوزانید. سطوح بایستی بعد از عفونت زدایی با آب تمیز شسته شوند.

(۲) سطوح در آزمایشگاههایی که PCR انجام می‌شود:

از محلول ۱:۱۰۰ استفاده می‌شود. این سطوح بایستی بعد از عفونت زدایی شسته شوند چون محلول سوزاننده است و ممکن است به وسایل آسیب برساند. لذا سطوح را توسط آب تمیز یا با الکل ۷۰٪ (که جهت مقابله با باکتریها و قارچها مفید است) بشوید.

(۳) لکه‌های خونی یا مایعات بدن

قبل از اینکه اینها را با دستمال پاک کنید، جهت غیرفعال کردن پاتوژنها محلول ۱:۱۰ بکار ببرید.

ضمیمه ۲:

دستورالعمل‌های مقابله محیطی با بیماری آنفلوآنزای فوق حادپرندگان (مرکز سلامت محیط و کار)

توجه: این توصیه‌ها در صورتی که اطلاعات جدیدی بدست آید به روز خواهد گردید.

دستورالعمل حفاظت شغلی در افرادی که با حیوانات آلوده تماس دارند:

این دستورالعمل برای استفاده افرادی که در زمان طغیان HPAI در شرایط با خطر بالا قرار دارند تهیه گردیده است. همچنین از جمله دیگر اهداف تهیه این دستورالعمل کاستن از خطر گسترش ویروس در میان مردم است:

۱. پرسنل قبل از مشارکت در برنامه باید آموزش‌های لازم در خصوص نحوه استفاده از وسایل حفاظت فردی (که از این پس در این دستورالعمل PPE** گفته می‌شوند) را دریافت کرده باشند.

۲. کلیه کارگرانی که در ارتباط با ماکیان، محصولات حاصل از ماکیان و فضولات آنها هستند یا ممکن است در ارتباط قرار گیرند در صورت صلاحدید مرکز مدیریت بیماری‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی باید مورد تزریق واکسن آنفلوآنزای انسانی قرار گیرند. در این خصوص رعایت دستورالعمل‌های صادره الزامی است.

** PPE: personal protective equipment

در صورتی که وجود بیماری در مناطقی از کشور مورد تأیید مقامات صلاحیت‌دار قرار گرفت:

۱. کلیه افراد در تماس با مناطق آلوده یا در معرض آلودگی و یا مواد حاصل از آنها مثل فضولات بایستی از وسایل حفاظت فردی استفاده نمایند.
۲. کودکان نباید با مناطق آلوده یا در معرض آلودگی یا هر پرنده بیمار دیگری در تماس باشند.
۳. افراد دارای نقص در سیستم ایمنی (مبتلا به سرطان یا در حال درمان سرطان یا افرادی که از داروهای استروئیدی با دوز بالا استفاده می‌کنند) افراد بالاتر از ۶۰ سال، افراد دارای بیماری‌های قلبی و تنفسی باید از تماس داشتن با پرندگان بیمار یا محیط آلوده اجتناب نمایند. انتخاب افراد برای کار در مزارع آلوده باید شامل شیوه‌هایی برای شناسایی افراد «پرخطر» و منفک شدن آنها از کار باشد.
۴. پرسنل درگیر کار در مزارع باید در مورد علایم بیماری آموزش‌های لازم را دریافت کرده و در صورت احساس هر نوع بیماری سریعاً به پزشک معرفی شوند.

دستورالعمل اختصاصی برای کلیه پرسنل دخیل در مدیریت طغیان HPAI در

ماکیان

۱. کلیه این افراد باید در هر مکانی که با ماکیان آلوده، اماکن آلوده یا محصولات حاصل از ماکیان از جمله زباله و فضولات در تماس هستند از خطر ابتلای به HPAI حفاظت شوند.
۲. کارگران و افرادی که با اجرای دستورالعمل‌های صادره موافقت نداشته باشند باید از کار کنار گذاشته شوند.

۳. تمام افراد دخیل در برنامه باید به PPE مناسب دسترسی داشته باشند. وجود امکانات مربوط به Respiratory Fit Testing ضروری است. همچنین استفاده از وسایل حفاظت فردی باید مورد نظارت و سرپرستی قرار گیرد.

۴. دستکش مورد استفاده باید یکبار مصرف و یا لاستیکی به صورتی باشد که بتوان پس از استفاده آن را ضدعفونی نمود. همچنین در صورتی که پاره یا آسیب دیده باشد باید به سرعت تعویض گردد.

۵. کلیه افراد مؤلف به رعایت دقیق مفاد دستورالعمل پیشگیری دارویی برابر مصوبه کمیته علمی کشوری انفلوانزا می باشند.

۶ کلیه افراد باید مراقب وضعیت سلامتی خود بوده و تا یک هفته پس از آخرین تماس با پرنده یا مواد یا محل آلوده مراقب بروز نشانه‌هایی چون تب، ناراحتی‌های تنفسی مثل سرفه و کوئکتیویت باشند.

۷. در صورت بروز نشانه‌های مشروحه فوق مراجعه به پزشک و رعایت دستورالعمل‌های صادره الزامی است.

۸. کارگران بیمار باید تا ۲۴ ساعت پس از پایان هر گونه عارضه تب‌دار در خانه بمانند. ارائه یک تأییدیه پزشکی در خصوص اعلام پایان تب در این افراد الزامی است.

۹. در صورتی که هر کدام از افراد دخیل در برنامه بیمار شدند مسئولان بهداشتی موظف به ارائه آموزش‌های لازم به افراد مرتبط با فرد بیمار مثل اعضای خانواده وی هستند.

۱۰. افرادی که با پالت‌های بالقوه آماده آلودگی در تماس بوده‌اند باید تحت آزمایشات لازم مطابق با دستورالعمل‌های مرکز مدیریت بیماری‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار گیرند.

دستورالعمل نحوه دفع لاشه‌های پرندگان آلوده:

هدف از دفع لاشه‌ها، مواد، محصولات و ضایعات حیوانی پیشگیری از انتشار عفونت است به همین دلیل این امر از جمله ضروری‌ترین بخش‌های مبارزه با بیماری است.

۱. برای دفع لاشه‌ها باید فاکتورهای زیر را مدنظر قرار داد:

- طبیعت و مقدار موادی که باید دفن شوند
- در دسترس بودن محل
- قابلیت دسترسی محل برای خودروهای سنگین
- خاکی یا سنگی بودن محل
- سطح آب‌های زیرزمینی
- میزان نزدیکی به آبگیرها، منافذ یا چاه‌ها
- نزدیکی به خطوط انتقال گاز، آب، برق، تلفن، زهکش‌ها و فاضلاب و از این قبیل
- نزدیکی به محل‌های ساخت و ساز و اماکن مسکونی
- محدودیت از نظر ایجاد آتش و دیگر خطرات
- شرایط آب و هوایی محل از جمله جهت وزش بادهای غالب
- در دسترس بودن امکانات کافی برای دفع لاشه‌ها
- در دسترس بودن سوخت کافی برای سوزاندن لاشه‌ها
- وجود سازه‌های هوایی نظیر خطوط هوایی انتقال برق و از این قبیل
- طرح‌های بعدی برای کاربری محل

۲. دفع لاشه‌ها باید بلافاصله پس از کشتن آنها انجام شود.

۳. لاشه‌ها و دیگر مواد آماده برای دفع باید مورد محافظت قرار گیرند تا امکان دسترسی افراد غیر مجاز، تغذیه حیوانات خانگی و حیوانات وحشی از آنها و تماس پرندگان با آنها کاهش یابد.
۴. در صورتی که دفع دچار تأخیر گردد باید با استفاده از ضدعفونی کننده مناسب لاشه‌ها را ضدعفونی نمود.
۵. قبل از شروع کار دفع لاشه‌ها، پرسنل باید بطور کامل توجیه شوند.
۶. استفاده از وسایل مناسب حفاظت فردی برای پرسنل درگیر در کار دفع ضروری است.
۷. محل دفع لاشه‌ها بهتر است در داخل همان مزرعه پرندگان آلوده باشد.
۸. در صورتی که محدودیت‌های موجود مانع از انجام عملیات دفع در داخل مزرعه پرندگان آلوده شود با کسب اجازه از ستاد مرکزی کنترل بیماری در منطقه یا استان می‌توان نسبت به حمل و نقل لاشه‌ها به محلی مناسب در خارج از مزرعه پرندگان اقدام نمود.
۹. حمل و جابجایی لاشه‌ها را می‌توان در ظرفی غیرقابل نفوذ مثل بشکه‌های ۲۲۰ لیتری پلاستیکی که درب آنها بخوبی بسته می‌شوند به انجام رساند.
۱۰. فضای خالی بالای ظرف به دما و فاصله محل دفع تا مزرعه پرندگان بستگی دارد.
۱۱. وسیله نقلیه حمل لاشه‌ها باید به آهستگی حرکت کرده و توسط کارشناسان بهداشتی و در صورت نیاز نیروی انتظامی همراهی شود.
۱۲. ماموران همراهی کننده باید تجهیزات لازم برای ضدعفونی آنچه که در طول مسیر از خودروی حمل لاشه‌ها بیرون ریخته می‌شود به همراه داشته باشند.
۱۳. کلیه وسایط نقلیه باید قبل از خروج از مزرعه پرندگان و پس از تخلیه بار تمیز و ضدعفونی شوند.

۱۴. پایان موفقیت آمیز عملیات حمل و یا هر گونه شکسته شدن زنجیره ایمنی زیستی باید کتباً به مقامات صلاحیت‌دار منطقه یا استان گزارش شود.

۱۵. شیوه مرجح برای دفع لاشه‌ها دفن می‌باشد.

۱۶. برای انتخاب محل دفن لاشه‌ها در خارج از مزرعه پرندگان آلوده نکات زیر باید مدنظر قرار گیرد:

- محل انتخابی باید در دسترس باشد بطوریکه تجهیزات حفر گودال و دفن لاشه‌ها و همچنین خودروهای حمل لاشه‌ها بتوانند به سادگی به آن داخل یا از آن خارج شوند.

- محل باید با توجه به میزان فاصله از آب‌های جاری، چاه‌ها و ماندای‌ها و حفرات آبگیر، سطح آب زیرزمینی، فاصله از امکنه بخصوص اماکن مسکونی، فاصله از زمین‌های با کاربری عمومی مثل جاده‌ها، شیب زمین، نفوذپذیری خاک، در صورت وجود لاشه‌های زیاد فضای کافی برای ذخیره‌سازی موقت لاشه‌ها و همچنین جهت وزش بادهای غالب انتخاب شوند.

- محل دفن باید خاکی بوده و خاک آن نیز از مقاومت کافی در برابر وزن تجهیزات سنگین حفاری و حمل برخوردار باشد.

- آب‌های جاری بر سطح محل دفن نباید وارد حفره شوند. ایجاد مسیر انحرافی برای جلوگیری از ورود آب جاری بر سطح به داخل حفره و یا جلوگیری از خروج مایعات خروجی از حفره دفن ضروری است.

- برای حفر گودال استفاده از بیل مکانیکی توصیه می‌شود. در صورت عدم دسترسی به بیل مکانیکی از لودر، بولدوزر یا گریدر نیز می‌توان استفاده نمود.

- ابعاد گودال حفره شده برای دفن بستگی به وسیله مورد استفاده، شرایط محل و حجم موادی دارد که باید دفن گردند. عمق باید بصورتی انتخاب شود که حفر آن امکان‌پذیر باشد همچنین دیواره آن باید عمودی بوده و پهنای آن به گونه‌ای باشد که بتوان آن را از یک طرف پر کرد. مثلاً اگر از یک بولدوزر برای حفر استفاده می‌شود پهنای آن نباید بیش از پهنای تیغه آن باشد.

- عمق گودال حفر شده باید ۵ متر باشد که تا ارتفاع ۲/۵ متری از لاشه پر می‌شود. باید در نظر داشت که فاصله کف حفره تا سطح احتمالی آب زیرزمینی باید بیشتر از یک متر باشد. عرض گودال حداکثر ۳ متر در نظر گرفته می‌شود. طول گودال بستگی به تعداد لاشه‌های قابل دفن دارد. در هر حال حجم ظروف مورد استفاده برای حمل لاشه‌ها می‌تواند حجم گودال مورد نیاز برای دفن را با توجه به نکات ذکر شده مشخص نماید.

- حفره باید به صورتی پر شود که خاک روی آن به صورت کپه شده در آید. خاک باقیمانده پس از پر کردن گودال را می‌توان پس از نشست خاک حفره به روی آن اضافه نمود.

- قبل از پرکردن در کف گودال آهک ریخته سپس لایه‌ای خاک به ضخامت ۴۰ سانتی‌متر روی آن قرار می‌گیرد سپس لاشه‌ها در داخل گودال ریخته شده و پس از یک لایه ۴۰ سانتی‌متری دیگر از خاک مقدار دیگری آهک کشته Ca (OH)_2 به آن اضافه کرده و نهایتاً گودال پر خواهد شد.

- محل دفن باید پس از پایان کار مورد بازدید منظم قرار گیرد تا در صورت بروز هر گونه مشکل نسبت به رفع آن اقدام فوری صورت گیرد. هدف آن است تا محل دفن در وضع سابق خود باقی بماند.

دستورالعمل حفاظت شغلی کارگران دخیل در کشتار و دفع لاشه‌های آلوده یا

مشکوک به آلودگی

۱. افرادی که در کشتار جمعی و انتقال ماکیان آلوده یا مشکوک به آلودگی مشارکت دارند باید از وسایل حفاظت فردی مناسب به شرح ذیل استفاده نمایند:

- لباس محافظ ترجیحاً به صورتی که تمام بدن را بپوشاند همراه با پیش‌بند غیرقابل نفوذ یا استفاده از گان جراحی با آستین‌های دارای سر دست بلند همراه با پیش‌بند غیرقابل نفوذ؛
- دستکش‌های لاستیکی با دوام که بتوان آن را ضدعفونی نمود؛
- ماسک تنفسی N95 (یا براساس استانداردهای اروپایی معادل)، N99 یا N100؛
- عینک؛

• چکمه‌های لاستیکی یا از جنس پلی‌اورتان تا بتوان آنها را ضدعفونی نمود و یا استفاده از کاور پای یکبار مصرف تا بتوان پس از استفاده آنها را دور انداخت.

۲. تمام افرادی که در تماس نزدیک با حیوانات آلوده هستند باید دست خود را مداوماً با آب و صابون شستشو نمایند. افرادی که در کشتار جمعی حیوانات آلوده مشارکت دارند و نیز کسانی که در نقل و انتقال آنها دخیلند باید پس از عملیات دستان خود را ضدعفونی نمایند.

۳. در زمان پاکسازی محیطی محل دفع حیوانات کشتار شده، استفاده از شیوه‌های حفاظتی پیش گفته ضروری است.

۴. تمام افرادی که در تماس با ماکیان آلوده هستند یا در مزارعی کار می‌کنند که مشکوک به آلودگی هستند باید تحت مراقبت مسئولان بهداشتی محلی باشند.

- توصیه می‌شود که داروهای مورد نیاز برای درمان افرادی که مشکوک به آلودگی تنفسی با H₅N₁ هستند در دسترس باشد در این خصوص اجرای دستورالعمل‌های مرکز مدیریت بیماری‌ها الزامی است.
- این قبیل افراد همچنین باید مطابق با دستورالعمل‌های موجود مورد واکسیناسیون قرار گیرند تا از ابتلای همزمان آنها به آنفلوآنزای انسانی و پرندگان جلوگیری شده و احتمال نوترکیبی ژن‌های ویروس کاهش یابد.
- همچنین باید افرادی که در کشتار جمعی ماکیان دخالت داشته و نیز سایر افراد دخیل در فرآیند و اعضای خانواده آنها تحت مراقبت‌های بهداشتی قرار گیرند. این افراد موظفند هر گونه مشکل در سلامتی خود از جمله هر گونه بیماری تنفسی، هر بیماری مشابه با آنفلوآنزا یا عفونت‌های چشمی را به مسئولان بهداشتی گوشزد نمایند. افراد مساعد برای ابتلا به آنفلوآنزای حاد مانند افراد دارای نقص سیستم ایمنی، افراد بالاتر از ۶۰ سال، یا افرادی که بیماری مشخص قلبی و تنفسی حاد دارند باید از کار با حیوان آلوده اجتناب نمایند.
- ۵. باید کارگران و دامپزشکانی که در تماس با حیوان آلوده هستند مورد مراقبت‌های سرولوژیکی قرار گیرند.

دستورالعمل نحوه مقابله واحدهای بهداشت محیط و حرفه‌ای در شرایط بروز

طغیان بیماری (H₅N₁) HPAI

۱. واحدهای بهداشت محیط و حرفه‌ای سراسر کشور موظفند با همکاری سازمان حفاظت محیط زیست استان یا منطقه تحت پوشش خود محل‌های مناسب برای دفن لاشه‌های آلوده را مشخص نمایند.

۲. واحدهای بهداشت محیط و حرفه‌ای سراسر کشور موظف به ارائه آموزش و مشاوره‌های لازم در خصوص ایمنی شغلی افراد دخیل در امر مبارزه با طغیان بیماری در پرندگان و کلیه کارگران و افراد شاغل در مرغداری‌ها هستند.

۳. به جهت حفظ ایمنی زیستی مزرعه پرورش پرندگان مسئولیت نظارت و اجرای مفاد دستورالعمل‌های صادره حسب مورد به عهده مسئول اکیپ مراقبت فعال و یا مسئول اکیپ امحا و معدوم‌سازی مطابق با دستورالعمل‌های سازمان دامپزشکی کشور است.

۴. در صورتی که دفع لاشه‌ها در محل مزرعه پرندگان آلوده امکان‌پذیر نباشد واحدهای بهداشت محیط به درخواست بالاترین مقام مسئول مبارزه با بیماری‌های دامی و با همکاری سازمان حفاظت محیط زیست محل و اداره مبارزه با بیماری‌های استان یا منطقه تحت پوشش باید نسبت به معرفی محلی ایمن براساس دستورالعمل‌های صادره اقدام و نظارت کافی در خصوص حسن انجام کار (حفظ ایمنی زیستی در حین حمل و نقل، بکارگیری وسایل حفاظت فردی در حین کار و سایر موارد از این قبیل) به عمل آورند.

۵. واحدهای بهداشت محیط و حرفه‌ای سراسر کشور موظفند به محض درخواست واحد مبارزه با بیماری‌های استان یا منطقه تحت پوشش خود نسبت به معرفی آشپزها، فروشندگان مرغ، افرادی که با ماکیان اهلی زنده یا کشته شده در تماس هستند و فروشندگان پرندگان دست‌آموز به واحد مبارزه با بیماری‌ها اقدام و پیگیری‌های لازم را به عمل آورند.

۶. واحدهای بهداشت محیط و حرفه‌ای سراسر کشور موظفند به محض اعلام واحد‌های مبارزه با بیماری‌های منطقه تحت نظارت خود نسبت به تشدید نظارت‌های بهداشتی در منطقه تحت پوشش خود اقدام و از عرضه مرغ و تخم مرغ خارج از نظارت شبکه دامپزشکی و بهداشتی کشور جلوگیری به عمل آورند.

۷. عرضه مرغ زنده در شرایط اعلام طغیان بیماری در منطقه ممنوع است.
۸. شستشوی مرغها توسط فروشندگان اکیداً ممنوع است.
۹. در شرایط اعلام بروز طغیان در بیماری، فروشندگان باید در عرضه ناگت، جوجه کباب، فیله، شنیسل و سایر محصولات خام پرندگان و کلاً هر گونه اقدامی که نیازمند شقه کردن لاشه باشد دقت کافی به عمل آورند.
۱۰. واحدهای بهداشت محیط و حرفه‌ای سراسر کشور موظفند آموزش‌های لازم در خصوص پیشگیری از ابتلای به بیماری، ایمنی غذایی و رعایت اصول بهداشتی در تهیه مواد غذایی از مواد خام پرندگان را به کسبه تحت پوشش فعالانه ارائه دهند.

ضمیمه ۳:

دستورالعمل سازمان بهداشت جهانی برای آماده‌سازی گوشت و

سایر محصولات پرندگان جهت مصرف



۱. پیشگیری از آلودگی:

- گوشت خام از گوشت‌های پخته شده یا آماده برای پختن جدا نگهداشته شود.
- هرگز از یک تخته گوشت یا چاقو برای آماده‌سازی گوشت خام، پخته شده یا آماده برای پختن استفاده نشود.
- بدون شستن دست‌ها هرگز به غذا چه پخته شده و چه خام دست زده نشود.
- از قرار دادن گوشت پخته شده در داخل ظرفی که قبل از طبخ در آن قرار داشته خودداری شود.

۲. غذا باید بطور کامل طبخ شود:

- پخت کامل غذا ویروس‌های موجد بیماری را کاملاً غیرفعال می‌کند. به این منظور باید اطمینان حاصل شود که تمام قسمت‌های گوشت حداقل به دمای ۷۰ درجه سانتی‌گراد رسیده

باشد. همچنین باید توجه شود که هیچ بخشی از گوشت به رنگ صورتی باقی‌نمانده یا شیره صورتی رنگ نداشته باشد.

۳. در مورد تخم پرندگان دقت کافی به عمل آید:

- تخم پرندگان می‌تواند روی پوسته یا داخل خود پاتوژن‌هایی نظیر ویروس مولد آنفلوآنزا را حمل نماید.
- پوسته تخم پرندگان را باید با آب و کف شسته و پس از آن باید دست‌ها نیز با آب و صابون شستشو شوند.
- پخت تخم پرندگان باید بصورتی باشد که زرده روان یا شل نباشد و کاملاً سفت شود.
- از خوردن تخم پرندگان بصورت اصطلاحاً عسلی یا بکار بردن آن در مواد غذایی که بصورت خام مصرف می‌شود (پخته نمی‌شود) جداً اجتناب شود.

۴. نظافت رعایت گردد:

- پس از کار با گوشت خام و یا گوشت خام از انجماد باز شده، بایستی دست‌ها، کلیه سطوح و ظروف کاملاً با آب و ماده پاک‌کننده شستشو داده شوند.

ضمیمه ۴:

برنامه کلی سازمان جهانی بهداشت در خصوص بیماری آنفلوانزا

رسالت برنامه:

- کمک به کاهش موارد مرگ و بیماری ناشی از اپیدمی‌های سالیانه آنفلوانزا
- آماده‌سازی جهانی جهت پاندمی آینده آنفلوانزا

دیدگاه سازمان بهداشت جهانی:

- مراقبت مؤثر و به موقع بیماری آنفلوانزا در تمامی نواحی دنیا
- هماهنگی در تعیین ترکیب مناسب آنتی‌ژنیک و ژنتیک واکسن آنفلوانزا و تیپ‌های ویروس آنفلوانزای در گردش استراتژی‌های مؤثر کنترل و مبارزه ملی با آنفلوانزا
- ساخت و دسترسی به واکسن قبل از همه‌گیری در حین آن

اهداف کلی سازمان بهداشت جهانی:

افزایش و تقویت آمادگی در برابر اپیدمی و پاندمی بوسیله:

- ۱- بهبود کیفیت و پوشش مراقبت آنفلوانزا
- ۲- بهبود و ارتقای آگاهی‌های بهداشتی و اقتصادی بار بیماری آنفلوانزا شامل منابع و منافع کنترل اپیدمی و آمادگی در برابر پاندمی
- ۳- افزایش آمادگی ملی در برابر اپیدمی و پاندمی شامل تهیه واکسن و داروی مورد نیاز

- ۴- گسترش استفاده از واکسن‌های موجود بخصوص در کشورهای توسعه یافته و در گروه‌های پر خطر و افزایش تولید واکسن‌های جدید
- ۵- ارتباط بسیار سریع و تبادل اطلاعات در بین اعضا گروه کاری سازمان جهانی بهداشت

فعالیت‌های سازمان جهانی بهداشت:

- ۱- مراقبت جهانی آنفلوانزا به منظور پیشنهاد به موقع ترکیب مناسب واکسن آنفلوانزا
- ۲- افزایش آمادگی جهانی و ملی در مقابل پاندمی شامل بررسی اولیه طغیان و گزارش به موقع
- ۳- تهیه و انتشار مقالات فنی معتبر مراقبت و کنترل آنفلوانزا
- ۴- رهبری و هدایت سازمان جهانی بهداشت در برنامه‌های مراقبت آنفلوانزا

ضمیمه ۵:

آمادگی‌ها و اقدامات لازم به منظور بررسی و گزارش اپیدمی

(همه‌گیری) یا طغیان:

۱. جمع‌آوری اطلاعات لازم در خصوص آنفلوانزا و به روز در آوردن داده‌ها
۲. مهیا سازی تجهیزات و مهارت‌های لازم به منظور تشخیص، درمان و پژوهش
۳. تقسیم کار و مسئولیت و تعیین نقش هر یک از اعضای گروه تحقیقاتی
۴. تعیین فرد یا افرادی به عنوان مسئولین اطلاع‌رسانی و سخنگویی گروه
۵. مقایسه موارد فعلی و قبلی بیماری
۶. بهره‌گیری از اطلاعات موجود در مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر
۷. استفاده از اطلاعات ثبت شده محلی و تجربیات پزشکان، آزمایشگاه‌ها، آمار مرگ و میر، وضعیت نسخه‌ها و امثال آن
۸. در نظر گرفتن احتمال واقعی بودن تعداد موارد و واقعی نبودن همه‌گیری
۹. در نظر گرفتن احتمال خطاهای آزمایشگاهی
۱۰. اثبات تشخیص بیماری با بهره‌گیری از داده‌های اپیدمیولوژیک، بالینی، تست‌های سرولوژیک و کشت نمونه‌ها توصیف داده‌ها در قالب متغیرهای زمان، مکان و شخص
۱۱. بیان فرضیات
۱۲. ارزیابی فرضیات و آزمون آنها
۱۳. بازنگری و اصلاح فرضیات

۱۴. کنترل همه‌گیری (با کشف و کنترل منابع و مخازن - قطع زنجیره انتقال - حفظ سلامتی افراد سالم - توجه کامل به موازین سطوح سه گانه پیشگیری)
۱۵. جلوگیری از بروز، رعب و وحشت و با اطلاع‌رسانی مناسب
۱۶. انعکاس واقعیت‌های مرتبط با همه‌گیری و اتخاذ سیاست‌های مناسب به منظور مهار اپیدمی
۱۷. استفاده از نتایج تحقیق و پژوهش، در راستای اهداف بشر دوستانه

اقدامات لازم در هنگام بروز اپیدمی آنفلوانزا:

* تقویت خدمت‌رسانی سریع در شرایط اورژانس:

- ۱- تعیین اتاق انتظار اختصاصی جهت بیماران مبتلا به آنفلوانزا
- ۲- وقت‌های قبلی مشخص برای اعمال جراحی‌های سرپائی بیماران مبتلا به آنفلوانزا
- ۳- متوقف کردن فعالیت بخش‌های غیرضروری درمانگاه‌ها (از جمله واحدهای مشورتی)

* مراکز درمان بیماران بستری:

- ۱- جداسازی بیماران مبتلا
- ۲- محدود نمودن پذیرش بیماران جدید
- ۳- افزایش تعداد تخت‌های بیمارستانی ذخیره به خصوص در بخش اورژانس
- ۴- محدود نمودن جراحی‌های انتخابی
- ۵- ممانعت از ملاقات بیماران
- ۶- حذف پرسنل درمانی مبتلا از ارائه خدمات
- ۷- تعبیه جدا کننده‌های (Partition) ویژه جهت پرسنل پرستاری

- ۸- آموزش‌های ویژه ایزولاسیون، گندزدایی در بخش‌های درمانی و بستری
- ۹- تأمین و نظارت بر استفاده صحیح و منظم از روش‌های گندزدایی و ایزولاسیون بیماران
- ۱۰- شست و شوی دست‌ها و استفاده از ماسک و وسایل حفاظت فردی

* داروخانه‌ها

- ۱- تقویت خدمت‌رسانی در جهت تأمین سریع دارو در شرایط اورژانس
- ۲- تدارکات لازم مربوط به درمان آنفلوانزا و عوارض آن

* مدارس و اماکن تجمعی

- ۱- تشدید قوانین مربوط به ورود و خروج محصلین بیمار
- ۲- یافتن سریع موارد بیماری و جداسازی آنان
- ۳- تعطیل کردن مدارس در صورت لزوم (و یا محدود سازی و کنترل تردد در مکان تجمعی)

* مؤسسات مراقبت‌های اجتماعی:

- ۱- یافتن سریع موارد بیماری و جداسازی آنان
- ۲- محدود نمودن پذیرش افراد جدید
- ۳- ممانعت در ملاقات افراد مقیم
- ۴- حذف پرسنل مبتلا از ارائه خدمات

*** شهرها و اجتماعات بزرگ:**

۱- محدود نمودن برنامه‌های گروهی و دسته جمعی

۲- آموزش مردم

۳- محدود نمودن تحرکات جابجایی جمعیتی

۴- توصیه به کاهش مسافرت‌ها

ضمیمه ۶:

آیا می‌دانید:

- همه‌گیری جهانی آنفلوانزا یک تهدید جدی است.
- اولین بار ویروس آنفلوانزای انسانی در سال ۱۹۳۳ میلادی به روش آزمایشگاهی جداسازی گردیده است.
- آنفلوانزا از عفونت‌های دستگاه تنفسی است که قابلیت ایجاد اپیدمی آن بسیار بالا است.
- در جریان پاندمی آنفلوانزا ۲۵٪ افراد جامعه مبتلاء خواهند شد.
- علت اصلی اپیدمی آنفلوانزا تغییرات آنتی‌ژنیک مداوم ویروس آن است که سیستم ایمنی بدن نسبت به این تغییرات حساس است.
- اطلاع‌رسانی و افزایش آگاهی عمومی از موارد ابتلاء- مرگ و میر و بار بیماری می‌کاهد.
- مشاهده موارد تک‌گیر زنگ خطری برای طغیان و اپیدمی آنفلوانزا است.
- تراکم جمعیت و مسافرت‌های هوایی از عوامل تشدید اپیدمی آنفلوانزا است.
- واکسیناسیون در پیشگیری از ابتلاء، کاهش بروز بیماری، کاهش میزان بستری و مرگ و میر مؤثر است.
- واکسیناسیون از عوارض شدید بیماری و مرگ و میر می‌کاهد و موارد بستری را تا ۵۰٪ کاهش می‌دهد.
- واکسیناسیون و پروفیلاکسی در گروه‌های در معرض خطر از بار بیماری و عوارض آن تا حد زیادی می‌کاهد.

- آمادگی ملی و کشف زود هنگام اپیدمی آنفلوانزا بهترین راهکار برای مقابله با اپیدمی آنفلوانزا است.

- بزرگترین اپیدمی آنفلوانزا (آنفلوانزای اسپانیایی در سال‌های ۱۹۱۹ و ۱۹۱۸) سبب ۵۰۰ میلیون ابتلاء و ۴۰ - ۲۰ میلیون مرگ در سراسر جهان گردید.

- آنفلوانزای پرندگان که در سال‌های اخیر شاهد اپیدمی آن در مناطق مختلف جهان بوده‌ایم قابل سرایت به انسان می‌باشد.

- بیش از ۹۰٪ مرگ و پنومونی ناشی از آنفلوانزا در افراد بالای ۶۵ سال اتفاق می‌افتد.

- میزان بستری و ریسک عوارض آنفلوانزا در میان سالمندان و کودکان بیشتر است.

- خسارت اقتصادی بدنال یک پاندمی شدید حدود ۱۲ میلیارد دلار تخمین زده می‌شود.

- اپیدمی آنفلوانزا علاوه بر موارد بالای ابتلاء و مرگ و میر صدمات شدید اقتصادی و اجتماعی بدنال دارد.

- پاندمی آنفلوانزا می‌تواند ۱۵۰ میلیون تا یک میلیارد مرگ و میر بدنال داشته باشد.

ضمیمه ۷:

روش‌های ساده جهت پیشگیری از انتشار بیماری آنفلوانزا:

۱- شست و شوی دست‌ها بخصوص بعد از سرفه کردن، عطسه کردن و دست‌زدن به بینی و

دهان

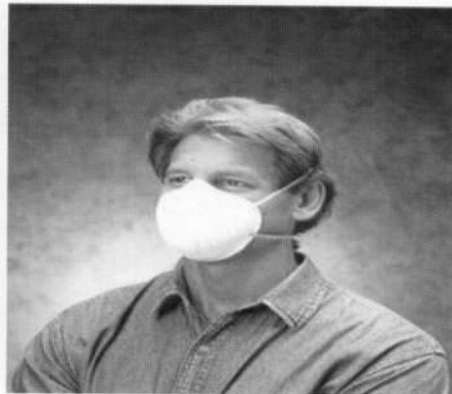
۲- پوشاندن دهان در زمان سرفه یا عطسه کردن

۳- استفاده از دستمال کاغذی و معدوم ساختن صحیح آن بعد از هر بار مصرف

۴- پرهیز از حضور در اماکن تجمعی و شلوغ در موقع بیماری

۵- ماندن در منزل و پرهیز از تماس با دیگران در هنگام بیماری

۶- استفاده از درمان طبی مناسب با نظر پزشک



ضمیمه ۸:

نکاتی در مورد داروهای ضدویروس آنفلوانزا:

- داروهای ضدویروس آنفلوانزا مکمل واکسن آنفلوانزا در پیشگیری هستند و نمی‌توان آنها را جایگزین واکسیناسیون کرد.
- آماتادین و ریمانتادین از نظر فرمول شیمیایی با هم مرتبط بوده و تنها بر ویروس نوع A مؤثر است و تأثیری به آنفلوانزای B ندارد.
- آماتادین به منظور پیشگیری و درمان در آنفلوانزای نوع A در بالغین و سنین بالای یکسال تأیید شده است.
- زانامیویر و اوسلتامیویر بر هر دو نوع آنفلوانزای B و A مؤثرند: زانامیویر برای بالای ۷ سال و اوسلتامیویر برای بالای یکسال تأیید شده است.
- برای کاهش پیدایش گونه‌های مقاوم توصیه می‌شود درمان با زانامیویر و اوسلتامیویر حداکثر ۵ روز در نظر گرفته شود (۵ - ۳ روز پس از شروع درمان یا ۴۸ - ۲۴ ساعت پس از فروکش کردن بیماری، دارو قطع شود).
- آماتادین و ریمانتادین ۹۰٪ - ۶۰٪ در پیشگیری از آنفلوانزای نوع A مؤثرند.
- مصرف آماتادین و ریمانتادین با تولید آنتی‌بادی بدنبال واکسیناسیون تداخلی ندارد.
- افرادی که زمان طغیان آنفلوانزا واکسینه می‌شوند لازم است تا ایجاد ایمنی (۲ هفته) شیمیوپروفیلاکسی (داروهای ضدویروسی) دریافت نمایند.
- چنانچه گونه‌ای که باعث ایجاد طغیان شده در ترکیب واکسن موجود نیست، شیمیوپروفیلاکسی بدون در نظر گرفتن سابقه واکسیناسیون انجام شود.

- برای کنترل طغیان در مراکز تجعی از جمله خوابگاه‌ها، آسایشگاه‌های سالمندان و پادگان‌ها شیمیوپروپیلاکسی بمدت ۲ هفته الزامی است و با مشاهده موارد جدید ابتلاء تا یک هفته پس از پایان طغیان باید ادامه یابد.
- در طغیان‌ها به منظور کاهش مقاومت دارویی لازم است افراد تحت درمان دارویی از سایر افراد مقیم جدا شوند.
- طی ۳ - ۲ روز درمان با آمانتادین و ریمانتادین گونه‌های حساس با گونه‌های مقاوم جایگزین می‌شوند بنابراین ویروس‌های حساس در ابتدای درمان و ویروس‌های مقاوم در ۷ - ۵ روز پس از شروع درمان دفع می‌شوند.
- مقاومت به زانامیویر و اوسلتامیویر در طول درمان ایجاد می‌شود ولی شایع نیست.

TABLE 2. Live, attenuated influenza vaccine (LAIV) compared with inactivated influenza vaccine (TIV)

Factor	LAIV		TIV
	Intranasal spray	Intramuscular injection	
Route of administration	Live virus	Killed virus	
Type of vaccine	3 (2 influenza A, 1 influenza B)	3 (2 influenza A, 1 influenza B)	
No. of included virus strains	Annually	Annually	
Vaccine virus strains updated	Annually*	Annually*	
Frequency of administration	Healthy persons aged 5–49 yrs	Persons aged ≥6 mos	
Approved age and risk groups [§]	6–10 weeks	4 weeks	
Interval between 2 doses recommended for children aged ≥6 mos–8 years who are receiving influenza vaccine for the first time	Yes	Yes	
Can be administered to family members or close contacts of immunosuppressed persons not requiring a protected environment	No	Yes	
Can be administered to family members or close contacts of immunosuppressed persons requiring a protected environment (e.g., hematopoietic stem cell transplant recipient)	Yes	Yes	
Can be administered to family members or close contacts of persons at high risk but not severely immunosuppressed	Yes [†]	Yes**	
Can be simultaneously administered with other vaccines	Prudent to space 4 weeks apart	Yes	
If not simultaneously administered, can be administered within 4 wks of another live vaccine	Yes	Yes	
If not simultaneously administered, can be administered within 4 wks of an inactivated vaccine	Yes	Yes	

* Children aged >6 months who have never received influenza vaccine before should receive 2 doses. Those who received only 1 dose in their first year of vaccination should receive 2 doses in the following year.

† LAIV is currently licensed to be administered only to persons aged ≥5 years.

§ Annual vaccination against influenza is recommended for 1) all persons, including school-aged children, who want to reduce the risk of becoming ill with influenza or of transmitting influenza to others; 2) all children aged 6–59 months (i.e., 6 months–4 years); all persons aged ≥50 years; 3) children and adolescents (aged 6 months–18 years) receiving long-term aspirin therapy who therefore might be at risk for experiencing Reye syndrome after influenza virus infection; 4) women who will be pregnant during the influenza season; 5) adults and children who have chronic pulmonary (including asthma), cardiovascular (except hypertension), renal, hepatic, hematologic or metabolic disorders (including diabetes mellitus); 6) adults and children who have any immunosuppression (including immunosuppression caused by medications or by human immunodeficiency virus); 7) adults and children who have any condition (e.g., cognitive dysfunction, spinal cord injuries, seizure disorders, or other neuromuscular disorders) that can compromise respiratory function or the handling of respiratory secretions or that can increase the risk for aspiration; 8) residents of nursing homes and other chronic-care facilities; 9) health-care workers; 10) healthy household contacts (including children) and caregivers of children aged <5 years and adults aged ≥50 years, with particular focus on vaccinating contacts of children aged <6 months; and 11) healthy household contacts (including children) and caregivers of persons with medical conditions that put them at higher risk for severe complications from influenza. However, no vaccine is approved for children aged <6 months.

¶ No data are available regarding effect on safety or efficacy.

** Inactivated influenza vaccine administration has been evaluated systematically only among adults with pneumococcal polysaccharide vaccine.

ضمیمه ٩:

مقایسه واکسن زنده آنفلوانزا با واکسن غیر فعال:

ضمیمه ۱۰:

دوز پیشنهادی داروهای ضد ویروسی در درمان و پیشگیری آنفلوانزا

TABLE 6. Recommended daily dosage of influenza antiviral medications for treatment and chemoprophylaxis — United States

Antiviral agent	Age group (yrs)				
	1-6	7-9	10-12	13-64	>65
Zanamivir* Treatment, influenza A and B	NA†	10 mg (2 inhalations) twice daily	10 mg (2 inhalations) twice daily	10 mg (2 inhalations) twice daily	10 mg (2 inhalations) twice daily
Chemoprophylaxis, influenza A and B	1-4 NA	5-9 10 mg (2 inhalations) once daily	10 mg (2 inhalations) once daily	10 mg (2 inhalations) once daily	10 mg (2 inhalations) once daily
Oseltamivir Treatment,§ influenza A and B	Dose varies by child's weight¶	Dose varies by child's weight¶	Dose varies by child's weight¶	75 mg twice daily	75 mg twice daily
Chemoprophylaxis, influenza A and B	Dose varies by child's weight**	Dose varies by child's weight**	Dose varies by child's weight**	75 mg/day	75 mg/day

NOTE: Zanamivir is manufactured by GlaxoSmithKline (Relenza® — inhaled powder). Zanamivir is approved for treatment of persons aged ≥7 years and approved for chemoprophylaxis of persons aged ≥5 years. Oseltamivir is manufactured by Roche Pharmaceuticals (Tamiflu® — tablet). Oseltamivir is approved for treatment or chemoprophylaxis of persons aged ≥1 year. No antiviral medications are approved for treatment or chemoprophylaxis of influenza among children aged <1 year. This information is based on data published by the Food and Drug Administration (available at <http://www.fda.gov>).

* Zanamivir is administered through oral inhalation by using a plastic device included in the medication package. Patients will benefit from instruction and demonstration of the correct use of the device. Zanamivir is not recommended for those persons with underlying airway disease.

† Not applicable.

§ A reduction in the dose of oseltamivir is recommended for persons with creatinine clearance <30 mL/min.

¶ The treatment dosing recommendation for children weighing ≤15 kg is 30 mg twice a day; for children weighing >15–23 kg, the dose is 45 mg twice a day; for children weighing >23–40 kg, the dose is 60 mg twice a day; and for children weighing >40 kg, the dose is 75 mg twice a day.

** The chemoprophylaxis dosing recommendation for children weighing ≤15 kg is 30 mg once a day; for children weighing >15–23 kg, the dose is 45 mg once a day; for children weighing >23–40 kg, the dose is 60 mg once a day; and for children weighing >40 kg, the dose is 75 mg once a day.

ضمیمه ۱۱: اقدامات احتیاطی جاری

الف- اقدامات احتیاطی استاندارد "STANDARD PRECAUTION":

اقدامات احتیاطی استاندارد اقداماتی هستند که باید جهت همهٔ بیماران و در همه مراکز ارائه خدمات بهداشتی درمانی اجرا گردند:

۱. شستشوی دست: موارد شستشوی دست عبارتند از: (۱) قبل و بعد از هرگونه تماس و مراقبت مستقیم از بیمار، (۲) بلافاصله بعد از درآوردن دستکش، (۳) قبل از انجام هر عمل تهاجمی که نیازمند اقدامات جراحی نمی باشد از جمله گذاشتن کاتتر داخل عروقی، کاتتر ادراری، (۴) بعد از تماس با خون، مایعات بدن، ترشحات، حتی در صورتیکه دستکش پوشیده شده باشد، (۵) در جابجایی از محل آلوده به محل‌های تمیز حتی در یک بیمار، (۶) بعد از تماس با وسایلی که با بیمار در تماس بوده اند، (۷) بعد از رفتن به توالت
۲. انتخاب و استفاده از وسایل حفاظت فردی شامل دستکش، محافظ صورت یا عینک، گان
۳. رعایت آداب سرفه و تنفس بهداشتی: هر فرد دارای عفونت تنفسی باید مسائل زیر را رعایت کند:

(۱) پوشاندن دهان و بینی در هنگام سرفه یا عطسه

(۲) استفاده از دستمال کاغذی

(۳) استفاده از ماسک طبی

(۴) انجام شستشوی دست

۴. کنترل های محیطی (نظافت و ضدعفونی) شامل:

(۱) نظافت محیط مراقبت از بیمار

- (۲) نظافت و ضدعفونی وسایل مراقبت از بیمار
- (۳) نظافت و ضدعفونی وسایل غذاخوری
- (۴) نظافت و ضدعفونی ملحفه و وسایل خواب بیمار (آب گرم ۷۰ درجه سانتیگراد بمدت حداقل ۲۵ دقیقه به همراه مواد شوینده یا ضدعفونی کننده)
۵. مدیریت ضایعات : ضایعات باید طبقه بندی و معدوم سازی گردند.
۶. بسته بندی و حمل وسایل مراقبت از بیمار، ملحفه ها و ضایعات از محل ایزولاسیون
۷. پیشگیری از صدمات ناشی از اجسام نوک تیز و سوزن
 - (۱) دقت در هنگام استفاده از اجسام نوک تیز و سوزن
 - (۲) عدم سرپوش گذاری مجدد سر سوزن
 - (۳) عدم نشانه روی سر سوزن به سمت بدن قبل از آماده سازی محل تزریق
 - (۴) عدم استفاده مجدد از سوزنهای یک بار مصرف
 - (۵) دفع اجسام نوک تیز و سوزن در ظروف مناسب
 - (۶) اجتناب استفاده از سرنگهای چند بار مصرف

ب- اقدامات احتیاطی ریزقطرات "DROPLET PRECAUTION":

بعضی از عوامل بیماریزای تنفسی می توانند بوسیله ریزقطرات تنفسی منتقل شوند که از جمله آنها ویروس آنفلوانزا می باشد. لذا ضروری است در این موارد علاوه بر رعایت اقدامات احتیاطی استاندارد، اقدامات احتیاطی ریزقطرات نیز رعایت گردد. این اقدامات شامل موارد زیر است:

۱. استفاده از ماسک در صورتیکه در فاصله کمتر از یک متری بیمار فعالیت می شود. به منظور اهداف عملیاتی توصیه بر استفاده از ماسک در هنگام ورود به اتاق بیمار می باشد. (ماسک N95 یا ماسک مشابه)
۲. محل استقرار بیمار باید در اتاق انفرادی بوده و یا بیماران دارای علائم و اتیولوژی مشابه در یک محل بستری گردند. (در این صورت فاصله حداقل یک متر در بین بیماران و جداسازی با پاراوان رعایت گردد)
۳. جابجایی بیماران باید به حداقل رسانیده شود و در صورت جابجا کردن و خروج از اتاق، بیماران باید از ماسک طبی استفاده نمایند.

ج- اقدامات احتیاطی تماسی "CONTACT PRECAUTION":

- بعضی از عوامل بیماریزای تنفسی که بوسیله ریزقطرات بزرگ منتقل می شوند می توانند از طریق تماس نیز انتقال یابند، بالاخص از طریق آلودگی دست و یا آلودگی مخاطات چشم و بینی که ویروس آنفلوانزا در این دسته قرار می گیرد. این اقدامات شامل موارد زیر است:
۱. استفاده از وسایل حفاظت فردی: این وسایل قبل از ورود به اتاق بیمار باید پوشیده شده و بعد از ترک اتاق درآورده شوند. این وسایل شامل دستکش و گان می باشد.
 ۲. وسایل و محیط نگهداری بیمار: وسایل در صورت امکان باید یکبار مصرف باشند و یا اینکه فقط جهت همان بیمار مورد استفاده قرار گیرند. در صورتیکه جهت چند بیمار مورد استفاده قرار می گیرند حتماً قبل از استفاده جهت بیمار بعدی باید ضدعفونی گردند.
 - ضدعفونی دستگیره ها و کلیدهای مورد استفاده در اتاق مورد توجه قرار گیرد.
 ۳. محل بستری بیماران باید انفرادی و یا بصورت کوهورت یکسال باشد.

۴. جابجایی بیماران باید محدود گردد و تماس با سایر افراد به حداقل برسد.

د- اقدامات احتیاطی ذرات هوایی معلق "AIR-BORN PRECAUTION":

بلع ذرات هوایی آلوده بوسیله تنفس ذرات آلوده که برای مسافت های طولانی (بیشتر از یک متر) آلوده باقی مانده اند صورت می گیرد.

۱. اقدامات احتیاطی کنترل عفونت جهت بیماریهایی که توسط بلع هوا منتقل می شوند.

(۱) استفاده از وسایل حفاظت فردی بالاخص استفاده از ماسک N95

(۲) محل استقرار بیمار در اتاق مناسب و با تهویه خوب باشد.

(۳) جابجایی بیمار: حداقل جابجایی و در صورت خروج از اتاق استفاده از ماسک جهت

بیمار ضروری است.

۲. اقدامات احتیاطی کنترل عفونت برای بیماریهایی که بطور فرصت طلبانه از طریق ذرات ریز

قطره منتقل می شوند.

(۱) استفاده از وسایل حفاظت فردی بالاخص استفاده از ماسک جراحی/ ماسک N95

(۲) محل استقرار بیمار اتاق انفرادی در اولویت است اعمال مداخله ای که همراه با انتقال

پاتوژن هستند باید در اتاق با تهویه خوب انجام گردد.

(۳) جابجایی بیمار: حداقل جابجایی و در صورت خروج از انتقال استفاده از ماسک جهت

بیمار ضروری است.

ضمیمه ۱۲: طرز تهیه و استفاده از هیپوکلریت سدیم ۱٪

Sodium hypochlorite : concentration and use	
Starting solution محلول اولیه	Most household bleach solutions contain 5% sodium hypochlorite (50 000 ppm* of available chlorine)
Recommended dilution غلظت پیشنهادی	1:100 dilution of 5% sodium hypochlorite is the usual recommendation . use 1 part bleach to 99 parts cold tap water (1:100 dilution) for disinfection of surfaces. Adjust ratio of bleach to water as needed to achieve appropriate concentration of sodium hypochlorite, e.g. for bleach preparations containing 2.5% sodium hypochlorite, use twice as much bleach (i.e.2 parts bleach to 98 parts water)
Available chlorine after dilution میزان غلظت کلریس از آماده سازی	For bleach preparations containing 5% sodium hypochlorite, a 1:100 dilution will yield 0.05% or 500 ppm available chlorine . Bleach solutions containing other concentrations of sodium hypochlorite will contain differing amounts of available chlorine when diluted
Contact times for different uses: مدت تماس براساس مورد کاربرد <ul style="list-style-type: none"> ● Disinfection by <u>wiping</u> of nonporous surfaces ● Disinfection by <u>immersion</u> of items N.B.Surfaces must be cleaned of organic materials, such as secretions, mucus, Vomitus,faeces , blood, or other body fluids prior to disinfection or immersion	<ul style="list-style-type: none"> ● A contact time of ≥ 10 minutes is recommended ● A contact time of 30 minutes is recommended

*ppm,parts per million

اقدامات احتیاطی در هنگام استفاده از سفید کننده ها:

- ۱- محلول سفید کننده می تواند سبب خوردگی فلزات و صدمه به سطوح رنگ شده گردد.
- ۲- در هنگام کار با محلول سفید کننده از تماس دست با چشم ها خودداری گردد.و در صورتیکه محلول با چشم تماس یافت بلافاصله بمدت ۱۵ دقیقه با آب شست و شو شود و به پزشک مراجعه گردد.
- ۳- محلول سفید کننده نباید با سایر ضدعفونی کننده و مواد شوینده مخلوط و یا ترکیب و مورد استفاده قرار گیرد.

- ۴- محلول سفید کننده نباید با سایر مواد اسیدی شوینده ترکیب گردد زیرا تولید گاز نموده و خطرناک است. در صورت نیاز به مصرف ابتدا از ماده شوینده اسیدی استفاده شده و پس از شست و شوی کامل با آب، از محلول سفید کننده استفاده شود.
- ۵- محلول سفید کننده در برابر نور خورشید تولید گاز سمی می کند و بنابراین باید در مکان خنک و بدون نور خورشید و بدور از دسترسی اطفال قرار گیرد.
- ۶- ترکیبات هیپوکلریت سدیم باید در هنگام نیاز به استفاده، تهیه شوند و برای اطمینان از اثر بخشی آنها باید تازه تولید شده باشند و از ذخیره سازی آنها بمدت طولانی پرهیز گردد.
- ۷- محلولهای سفید کننده رقیق شده در صورت عدم مصرف باید بعد از ۲۴ ساعت دور ریخته شوند.
- ۸- مواد ارگانیک محلول سفید کننده را غیر فعال می کنند بنابراین قبل از مصرف آنها باید محل مربوطه تمیز گردد.

ترکیبات کلر و طرز تهیه غلظت‌های مختلف:

Table 6 . Hypochlorite solution of 0.5% , 1% and 2% available chlorine

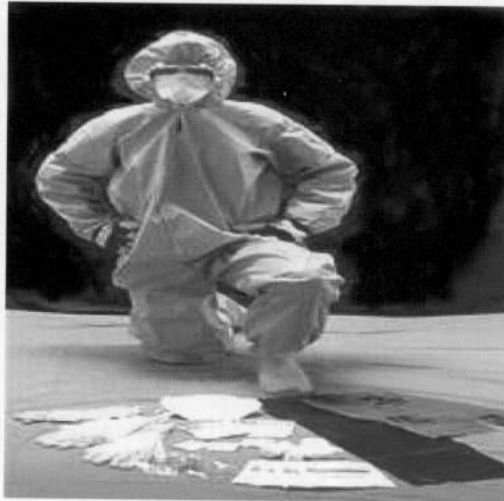
Product	Chlorine available	How to dilute to 0.5%	How to dilute to 1%	How to dilute to 2%
Sodium hypochlorite -liquid bleach	3.5%	1part bleach to 6 parts water	1 part bleach to 2.5 parts water	1 part bleach to 0.7 parts water
Sodium hypochlorite -liquid	5%	1part bleach to 9 parts water	1 part bleach to 4 parts water	1 part bleach to 1.5 parts water
NaDCC(sodium dichlor - Oisocyanurate) powder	60%	8.5 grams to 1 litre water	17 grams to 1 litre water	34 grams to 1 litre water
NaDCC(1.5g / tablet) --tablets)	60%	6 grams to 1 litre water	11 grams to 1 litre water	23tablets to 1 litre water
Chloramine powder	25%	20 grams to 1 litre water	40 grams to 1 litre water	80 grams to 1 litre water

Note: Bleach solution becomes unstable rapidly , hence it needs to freshly prepared daily or changed on becoming dirty / turbid . Chlorine bleach can be corrosive . protect metal instruments by thoroughly rinsing them with water after soaking for 10 minutes .

ضمیمه ۱۳ - کیت حفاظت فردی

وسایل کیت حفاظت فردی آنفلوانزا در محیط عملیاتی Avian influenza Protective KIT

(کلیه وسایل زیر یکبار مصرف میباشند)



- ۱- ماسک تنفسی N95 یا P2 یا FFP2 یا استاندارد مشابه (یک عدد)
- ۲- ماسک جراحی استاندارد (۳ عدد) Standard surgical mask
- ۳- لباس سرتاسری یکبار مصرف سفید دارای کش در قسمت کلاه و مچ دست و دارای چکمه (یک عدد): سایز XL/2XL
- ۴- در صورتیکه لباس سرتاسری دارای چکمه نباشد روچکمه ای یا روکفشی ساق بلند(یک جفت)

۵- عینک محافظ از جنس پلاستیک شفاف دارای دیواره های محافظ جانبی و پیشانی (نمره صفر - ضد قارچ - بدون انحراف) دارای قابلیت استفاده بر روی عینک (یک

(۴) دستها:

وسيله اصلی جهت ضد عفونی کردن دست شستشو با آب و صابون است. در صورت امکان از محلول ضد عفونی کننده تجاری که حاوی الکل، کلرهگزیدین یا بتادین است استفاده نمایید. جهت شستشوی دستها نبایستی از محلولهای قوی کلردار (مثل محلول ۱:۱۰۰) استفاده شود.

(۵) استریل کردن وسایل و موادی که چندین بار استفاده می‌شوند:

بطور کلی استفاده چندین باره از وسایل توصیه نمی‌شود، ولی وقتی مجبور هستید، بایستی ابتدا آنها را با ترکیبات کلردار ضد عفونی کرده و سپس شسته و استریل نمایید. وسایلی که جهت اتوپسی بکار می‌روند بایستی با کلر ۱:۱۰ یا اتانول ۷۰٪ ضد عفونی شوند.

(۶) وسایل نقلیه:

وسایلی که به مزارع آلوده رفته‌اند بایستی بشدت ضد عفونی شوند چون ویروسهای آنفلوانزا برای چندین هفته در شرایط مرطوب، خنک و تاریک زنده می‌مانند و براحتی از طریق لجن، گل و مواد دفعی روی تایرها می‌توانند منتشر شوند. تمام آلودگیها بایستی بوسیله شستشوی با فشار بالا از سطح این وسایل پاک شده و سپس با محلول کلر ۱:۱۰ از طریق اسپری کردن ضد عفونی شوند.

محیطهای ترانسپورت

انواع محیطهایی که جهت انتقال نمونه‌های انسانی استفاده می‌شوند:

(۱) محیط تجاری WHO در ژنو COPAN Universal transport

medium می‌باشد.

توضیحات :

- جعبه مقوایی یا کیف پلاستیکی به رنگ سفید تهیه گردد.
- روی کلیه جعبه های مقوایی یا کیفهای پلاستیکی جمله کیت حفاظت فردی در محیط عملیاتی نوشته شود .

وسایل کیت حفاظت فردی در محیط بیمارستان و مراکز بهداشتی درمانی

۱- کلاه (HAIR COVER) : کلاه باید کاملا موها را بپوشاند (DISPOSABLE

(& WATER PROOF

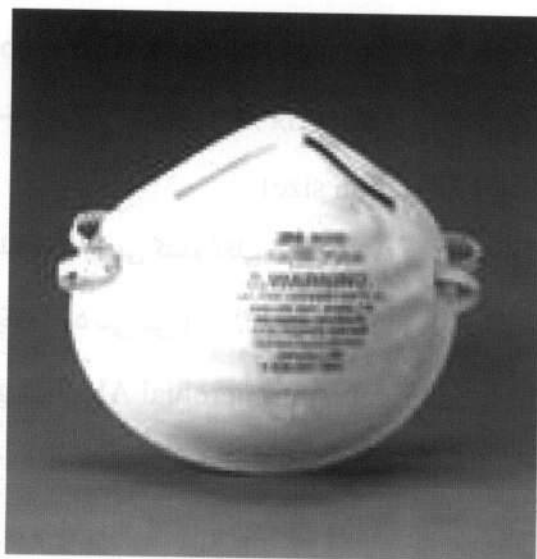
۲- عینک محافظ (GOGGLES): CLEAR POLYCARBONATE

PLASTIC WITH SIDE AND FOREHEAD SHIELDS –

OPTICALLY CLEAR,ANTIFOG AND DISTORTION-

FREE,FIT OVER GLASSES SOFT BODY-elastic headband

۳- ماسک تنفسی N95 یا P2 یا FFP2 یا استاندارد مشابه



۴- گان (GOWN) و شلوار: (IMPERVIOUS AND WATER)

REPLENT): گان باید تا زیر زانوی مصرف کننده باشد و دور گردن را پوشانده و دارای کش در قسمت مچ دست باشد.

۵- پیش بند (APRON): در صورتیکه گان از مواد غیر قابل نفوذ انتخاب گردد، نیازی به استفاده از پیش بند نمی باشد .

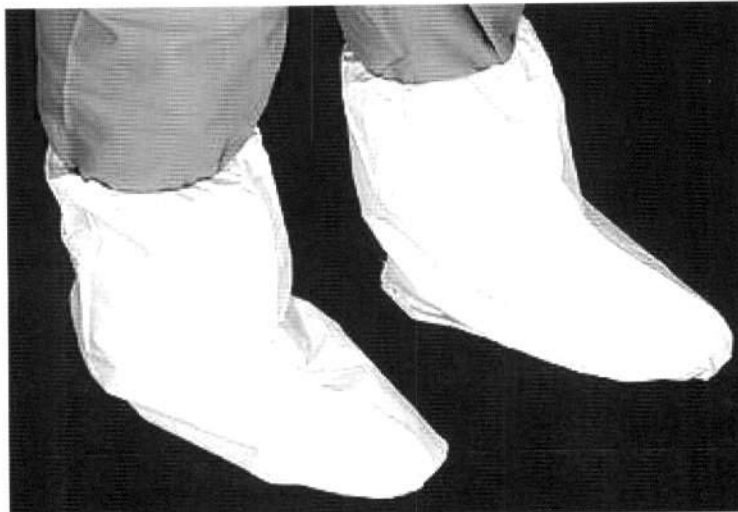
WATER REPLENT OR PLASTIC AND
DISPOSABLE

۶- دستکش (GLOVES): NON-STERILE FOR ROUTINE :

CARE/STERILE FOR INVASIVE
PROCEDURES/HEAVY-DUTY RUBBER GLOVES
(FOR CLEANING

۷- پوشش کفش (SHOE COVERS): WATER PROOF :

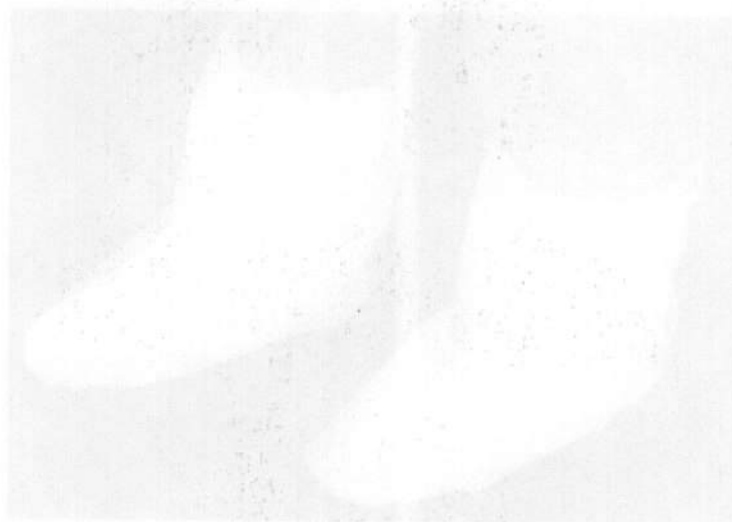
& DISPOSABLE باید دارای کش و تا بالای مچ پا را بپوشاند.



۸- بوتین (BOOT): FLUID-RESISTANT AND COVER ALL

PART OF THE FEET FOR CLEANING جهت نظافت و سایر امور

مشابه



ترتیب پوشیدن وسایل حفاظت فردی:

۱- شستشوی دست

۲- پوشیدن گان

۳- زدن ماسک و تست فیکس بودن آن

۴- پوشیدن کلاه

۵- زدن عینک یا محافظ صورت

۶- پوشیدن دستکش



ترتیب درآوردن وسایل حفاظت فردی:

۱- درآوردن دستکش

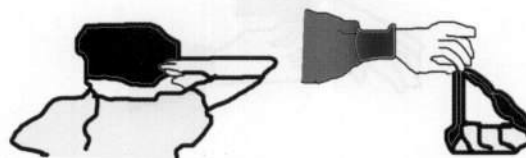
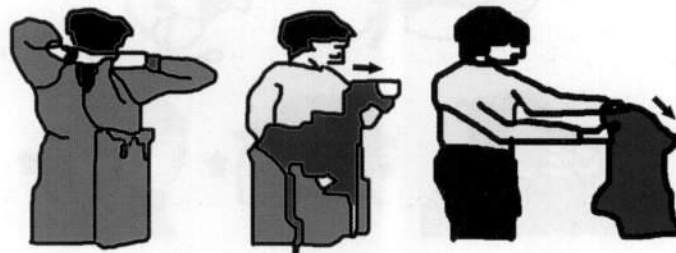
۲- شستشوی دست

۳- درآوردن گان و پیش بند

۴- درآوردن عینک یا محافظ صورت

۵- درآوردن ماسک

۶- شستشوی دست



ضمیمه ۱۴: اتاق های جداسازی عفونت های انتقال پذیر از هوا (AII) و

اتاق های محیط حفاظتی (PE)

اتاق جداسازی عفونت های انتقال پذیر از هوا (AII):

توضیح:

برخی از میکروارگانیسم ها (برای مثال، ویروس روبئولا، واریسلازوستر، و مایکوباکتریوم توبرکولوزیس) در مرکز قطرات ترشحاتی خارج شده از دهان و بینی بیماران قرار می گیرند و پس از تبخیر قطره به دلیل کوچک بودن، این ذرات باقی مانده ($< 52 \text{ m}$) ممکن است دیگر را حتی در فاصله ای زیاد با خود در خطر عفونت با آن میکروارگانیسم ها قرار دهند. در چنین مواردی جداسازی تنفسی ضروری است.

- هر بیمارستان باید دست کم دارای یک اتاق AII باشد. این اتاق ها ممکن است در هر یک از بخشهای بیمارستانی (داخلی، جراحی و...) قرار داشته باشند و هنگامی که موردی برای جداسازی وجود ندارد، به منظور مراقبت های حاد بیماران و بستری موارد دیگر استفاده شوند، همچنین میتوان تمام اتاق های جداسازی بیمارستان را در بخش جداگانه جداسازی قرار داد.
- هر اتاق AII باید تنها دارای یک تخت باشد و از ویژگی های اتاقی که برای مراقبت حاد بیماران به کار میرود، تبعیت کند.
- فهرست موارد عفونت های نیازمند جداسازی عفونت تنفسی همراه با زمان جداسازی و روش های کنترل عفونت (شامل روش های محافظتی خاص هر بیماری) در راهنماهای کشوری کنترل عفونت آماده است.

- فشار هوا در اتاق AII منفی است. میزان تهویه هوای خروجی، معیارهای تعادل هوا، نسبت های فشار و نیز دمش و مکش هوا برای دستگاه های مکانیکی باید به روشنی توضیح داده و آزمایش شوند تا شرایط کنترل عفونت در محیط مراقبت فراهم شود. این معیارها در پیوست آمده است.
- هر اتاق AII باید دارای فضایی برای دست شستن، پوشیدن گان و انبار کردن مواد پاکیزه و آلوده درست در بیرون یا درون در ورودی اتاق باشد.
- دیوارهای پیرامون، سقف و کف اتاق AII و نیز تمام درزها و شکاف های اتاق باید کاملاً بسته باشند تا هوا از خارج و دیگر فضاها به درون فضای اتاق نشت نکند. پنجره های اتاق AII باید بادستگیره های جداشدنی خاص قابل باز شدن باشند تا تنها کارمندان بخش پرستاری بتوانند در صورت نیاز آنها را باز کنند. در محل درهای خروجی اتاق AII باید وسیله ای تعبیه شود تا درها خود به خود بسته شوند.
- سقف اتاق AII باید رنگ پلاستیک زده شود و از کاشی های چسبانندی سقفی استفاده نشود.
- توالت، حمام و دستشویی جداگانه برای هر اتاق AII باید در نظر گرفته شود.
- هر اتاق AII بهتر است پیش اتاق (Anteroom) داشته باشد. فشار این اتاق نسبت به راهرو باید منفی یا ترجیحاً تفاوت فشار موجود نباشد.
- هنگامی که بیمار مبتلا به عفونت تنفسی وجود نداشته باشد میتوان از اتاق AII برای بستری بیمار غیرعفونی استفاده کرد.
- اتاق AII باید دارای مکانیسم بصری برای پایش دائمی فشار اتاق به هنگام بستری بیمار مبتلا به عفونت تنفسی باشد. این مکانیسم باید جهت حرکت هوا را دائماً پایش کند.

- از اتاق هایی که فشار آنها از منفی به مثبت یا بالعکس تغییرپذیر است، نباید استفاده کرد.
- دستگاه تهویه اتاق AII نباید به صورتی طراحی شود که جهت جریان هوا تغییرپذیر باشد.
- به عبارت دیگر، از اتاق AII نباید به عنوان اتاق محیط حفاظتی (PE) استفاده کرد.

اتاق محیط حفاظتی (PE)

توضیح:

بسیاری از مراکز مراقبتی از بیمارانی مراقبت می کنند که به شدت مستعد عفونت هستند، (برای مثال، بیماران مبتلا به ضعف دستگاه ایمنی که به مدت طولانی گرانولوسیتوپنی داشته اند، به ویژه آنها که پیوند مغز استخوان گرفته اند، یا بیماران دیگری که پیوند عضو شده اند و نیز بیماران دچار بدخیمی های خونی که شیمی درمانی می شوند و گرانولوسیتوپنی شدید دارند). این اتاق ها برای مراقبت از بیماران دچار HIV/AIDS کاربردی ندارند مگر زمانی که این بیماران گرانولوسیتوپنی شدید داشته باشند.

به طور کلی، نیازی به محیط حفاظتی (PE) در تمام بیمارستان ها نیست، مگر در مراکزی که از چنین بیمارانی مراقبت می کنند.

- هر اتاق PE باید تنها دارای یک تخت باشد.
- عامل افتراق میان اتاق های محیط حفاظتی و دیگر اتاق های بیماران وجود فشار مثبت نسبت به فضاهای مجاور است. همچنین تمام هوای ورودی از فیلترهای هپا (HEPA) عبور میکند. میزان تهویه هوای خروجی، نسبت های فشار و شرایط فیلترها در پیوست آمده است.

- هر اتاق PE باید دارای فضایی برای دست شستن، پوشیدن گان و انبار کردن مواد پاکیزه و آلوده درست در بیرون یا درون درب ورودی اتاق باشد.
- دیوارهای پیرامون، سقف و کف اتاق PE و نیز تمام درها و شکاف های اتاق باید کاملاً بسته باشند تا هوا از خارج یا دیگر فضاها به درون فضای اتاق نرود. تمام خروجی های اتاق، به جز فاصله ای کوچک (به اندازه تقریبی 1-1/5 Cm) زیر در ورودی اتاق PE باید بسته باشد. در محل درهای خروجی اتاق PE باید وسیله ای تعبیه شود تا درها خود به خود بسته شوند.
- توالت، حمام و دستشویی جداگانه برای هر اتاق PE باید مستقیماً از همان اتاق قابل دسترس باشد.
- اتاق PE باید دارای مکانیسم بصری برای پایش دایمی فشار اتاق به هنگام بستری بیمارانی باشد که نیاز به محیط محافظتی دارند. این مکانیسم باید جهت حرکت هوا را دائماً پایش کند.
- اتاق هایی که در بخش پیوند مغز استخوان آلورژنیک قرار دارند باید مطابق نیازهای این بیماران طراحی شوند.
- اتاق ها نباید به گونه ای طراحی و ساخته شوند که فشار هوای آنها از مثبت به منفی و خلاف این قابل تبدیل باشد.

قسمتهایی از مراکز مراقبتی بیماران که نیاز به تهویه خاص دارند عبارتند از:

الف) اتاق عمل، ب) اتاق محیط حفاظتی³ (PE) که برای بستری بیماران پرخطر دچار ضعف دستگاه ایمنی استفاده میشود و پ) اتاق جداسازی عفونت های انتقال پذیر از هوا⁴ (AII) که

³ Protective Environment

برای جداسازی بیماران دچار عفونت های انتقال پذیر از هوا^۴ (برای مثال، میکوباکتریوم توبرکولوزیس، VZV یا ویروس سرخک) استفاده میشود.

الف) محیط حفاظتی (PE)

هر چند شکل و امکانات اتاق های PE در بین بیمارستان ها تفاوت میکند، این نواحی از بیمارستان برای مراقبت از بیماران پرخطر دچار ضعف ایمنی طراحی شده اند تا شمار اسپرهای قارچ در هوای اتاق با به کارگیری تمهیدات زیر به حداقل برسد:

الف) تصفیه هوای وارد شده به اتاق به وسیله فیلترهای مرکزی^۶ یا نصب شده در محل. تمام هوای ورودی باید از فیلترهای هیپایی^۷ (HEPA) عبور کند که کارایی ۹۹/۹۷٪ برای ذرات m^{۰/۳} دارند؛ ب) جریان جهت دار هوای اتاق (هوا از یک سو به درون اتاق دمیده میشود، از محل خواب بیمار می گذرد و از سوی دیگر اتاق مکیده و خارج میشود)؛ پ) فشار مثبت هوا به اندازه Pa ۸ - ۲/۵ (۳" W.C - ۱" W.C یا mm W.C ۷۵ - ۲۵) ترجیحاً Pa ۸؛ ت) بسته بودن تمام منافذ اتاق؛ ث) تهویه هوای اتاق به میزان ACH^۸ > ۱۲ میزان جریان هوا باید به گونه ای تنظیم شود که تعویض هوای اتاق در ساعت (ACH) کافی باشد و این میزان بسته به عوامل چندی (همچون مساحت ناحیه نشست کننده هوای اتاق) تفاوت میکند. برای مثال، برای ایجاد

⁴ Airborne infection isolation

⁵ Airborne infection

⁶ Central

⁷ High Efficiency Particulate air filter

⁸ air change per hour

ACH > 12 در اتاقی که نشئت هوای آن 0.5 ft^2 برابر با 929 cm^2 است، میزان جریان هوا باید دست کم 125 cfm^9 برابر با 28 cmm^3 باشد. ممکن است لازم باشد که میزان جریان هوا از این هم بیشتر شود؛ ج) پایش روزانه جهت جریان هوا در ورودی اتاق با روشهای دیداری ترجیحاً کمی (مانومتر) یا کیفی (حرکت دود و نوارهای نازک کاغذ). در هر اتاق های PE که در حال ساخت یا بازسازی هستند باید وسایلی نصب شود که فشار قابل خواندن باشد و ترجیحاً آژیر نیز برای آگاهی از پایین افتادن فشار هوا وجود داشته باشد.

ب) جداسازی عفونت های انتقال پذیر از هوا (AII)

اتاق های AII برای بستری بیماران مبتلا به بیماریهای عفونی انتقال پذیر از هوا استفاده می شوند و هر مرکزی که مراقبت های حاد را برای بیماران بستری عرضه میکند، باید دارای دست کم یکی از چنین اتاقهایی باشد. این فضاها مانع از پخش میکروارگانیسم عامل بیماری در بیمارستان تا زمان انتقال پذیری می شوند.

خصوصیات مهم طراحی مهندسی اتاق های AII عبارتند از:

الف) فشار منفی هوا به میزان $1 \text{ W.C} \%$ ($2 \text{ O } 25 \text{ mmH} 0$) و ترجیحاً $3 \text{ W.C} \%$ ، فشار منفی هنگامی به وجود می آید که هوای خروجی از ورودی به مقدار دست کم 5 cfm یا 10% مقدار هوای ورودی (بسته به اینکه مقدار کدامیک بزرگتر باشد) بیشتر باشد. این میزان در بیمارستان های در حال ساخت باید دست کم 100 cfm انتخاب شود؛ ب) تهویه هوای اتاق به میزان دست کم 6 ACH برای بیمارستان های ساخته شده و $12 \text{ ACH} >$ برای بیمارستان

⁹ cubic feet per minute

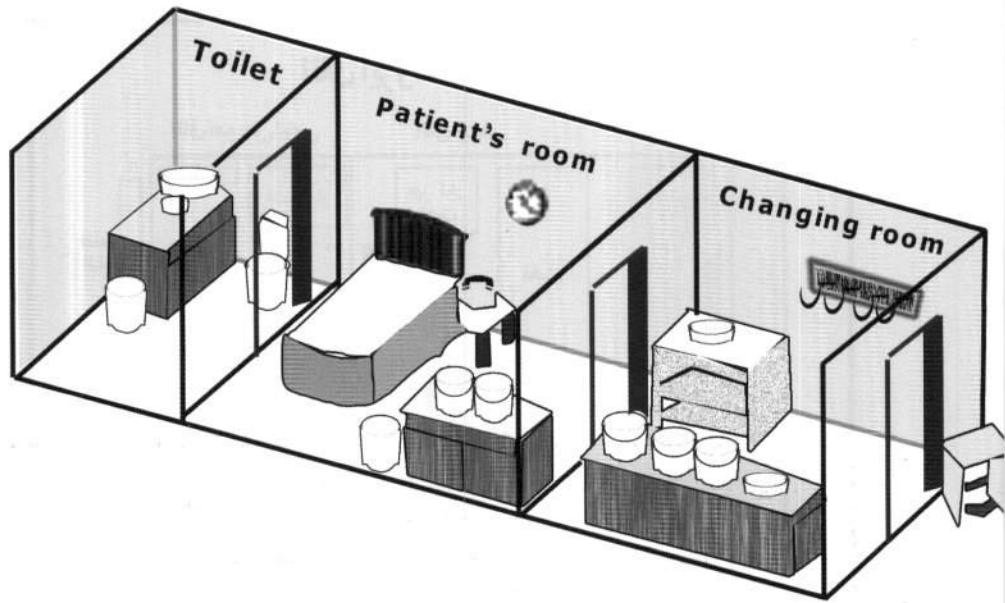
های در حال ساخت یا بازسازی؛ پ) هوای مکیده شده از اتاق های جداسازی احتمالاً دارای ذره های عفونی است. بنابراین، در صورت امکان این هوا باید مستقیماً به بیرون از ساختمان تخلیه شود تا از غلظت این ذرات در هوای بیرون کاسته شود و میکروب ها کشته شوند. خروجی هوای فن باید در محوطه باز و دور از مکان های عمومی و محل رفت و آمد مردم باشد. به همین ترتیب، مکان خروجی فن باید دور از منافذ درون ساختمان (پنجره یا سوراخ های مکش هوا) باشد. محل خروج هوای فن دست کم ۸ متر دور از مکان های عمومی یا منافذ ساختمان باشد. برای رقیق کردن بیشتر هوای خارج شده از فن، جریان هوا باید مسقیماً به سوی بالا با سرعت دست کم ۲۰۰۰ fpm باشد. چنانچه گردش مجدد هوای اتاق AII به درون ساختمان اجتناب ناپذیر باشد، در مسیر هوای خارج شده از اتاق (لوله مکش هوا) به سوی دستگاه تهویه عمومی ساختمان باید فیلترهای هپا نصب و از کارایی آنها اطمینان حاصل شود؛ ت) پایش دقیق و روزانه جهت جریان هوا با روش های دیداری و استفاده از مانومتر یا شاخص های دیداری کیفی (حرکت دود و نوارهای نازک کاغذ). در بیمارستان های در حال ساخت باید دستگاههای اندازه گیری و پایش فشار در اتاق های AII نصب شود که مجهز به دستگاههای هشداردهنده (آژیر خطر) باشند. این دستگاهها باید دست کم سالانه تنظیم مجدد شوند؛ ث) محل پیشنهادی اتاق جداسازی در بیمارستان های در حال ساخت باید از پیش در نظر گرفته شود و در صورت امکان از نواحی بیمارستان که در معرض جریان های شدید هوا هستند، همچون نزدیک در آسانسور یا درهای ورودی پرهیز شود؛ ج) محل دمش (ورود) و مکش (خروج) هوا باید به گونه ای انتخاب شود که مخلوط شدن هوای درون اتاق بیشینه و جهت جریان هوا از فرد مراقبت کننده (پزشک، پرستار) به سوری بیمار بهینه شود.

¹⁰ cubic meter per minute

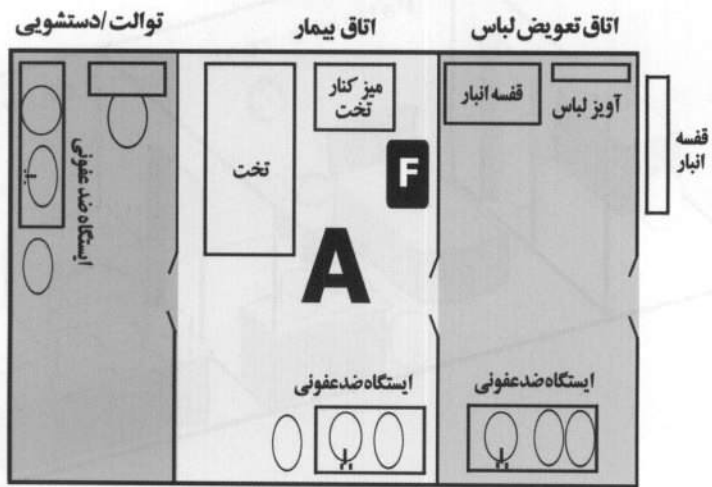
توضیح:

یکی از اجزای جداسازی تنفسی عفونت های انتقال پذیر از هوا محافظت تنفسی کارکنان درمانی و ملاقات کنندگان بیمار به هنگام ورود به اتاق AII است. استفاده از ماسک و دیگر اقدامات محافظتی خاص هر بیماری در راهنماهای کشوری کنترل عفونت آمده است.

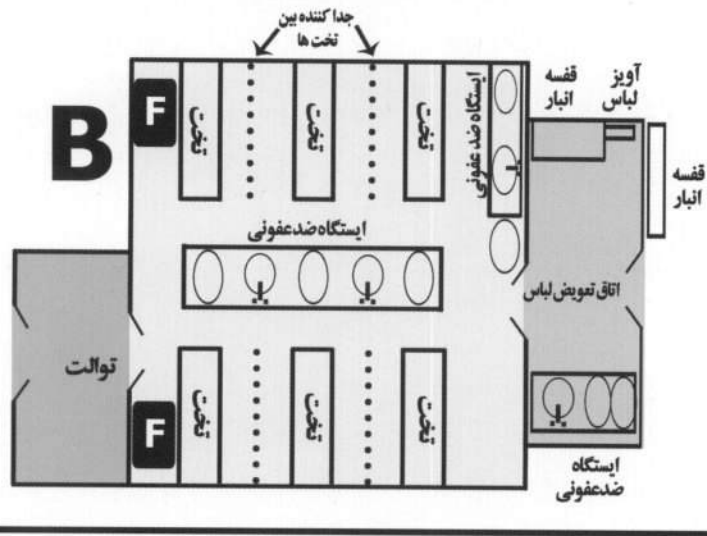




اتاق ایزوله انفرادی (A)



اتاق ایزوله گروهی (B)



ضمیمه ۱۵: وسایل ضروری اتاق ایزوله تنفسی

وسایل و تجهیزات برای اتاق بیمار (اتاق ایزوله):

- ساکشن - تخت سه شکن - دستگاه ونتیلاتور - الکتروشوک - پمپ انفوزیون
- تشک تمیز و بالش خواب و پتو
- روکش پلاستیکی برای پوشش تشک
- ترمومتر - گوشی - فشارسنج /تخت
- ظرف جمع آوری سرنگ و سر سوزن و وسایل برنده
- میز یا قفسه کنار تخت
- ساعت دیواری بزرگ با ثانیه شمار
- ظرف محلول بلیچ و ظرف الکل
- حوله یا پارچه یکبار مصرف الکلی جهت ضدعفونی وسایل معاینه پزشکی
- وسایل مناسب برای جمع آوری مدفوع بیمار که قابلیت ضدعفونی داشته باشند.
- وسایل مناسب برای جمع آوری ادرار بیمار که قابلیت ضدعفونی داشته باشند
- دستگاه اسپری کننده مواد ضدعفونی کننده جهت ضدعفونی کف و دیوارهای اتاق
- ظرف جمع آوری ضایعات عفونی
- کیپول اکسیژن و مانومتر
- پایه سرم
- تسهیلات شستشوی دست در ورودی اتاق (اتاق تعویض لباس) و داخل اتاق ایزوله

- سیستم تهویه اتاق (تهویه ۱۲ بار در ساعت): تهویه طبیعی یا تهویه با پنکه یا تهویه مکانیکی با فیلتر هپا
- نصب لیست ورود و خروج افراد روی در اتاق
- تعیین پرستار مسئول مصاحبه با ملاقات کنندگان بیمار و تکمیل لیست ورود و خروج
- مبلمان موجود در اتاق ایزوله: تمامی مبلمان موجود دارای قابلیت تمیز کردن و ضدعفونی
- محل شستشو با تسهیلات مناسب برای شستشوی دست و ضدعفونی با الکل نزدیک محل مراقبت / داخل اتاق
- کیسه های زباله مناسب در سطل زباله
- سطل زباله دارای پدال پایی
- وسایل بهداشت فردی یکبار مصرف یا مخصوص جهت استفاده بیمار (پارچ- لیوان- دستمال کاغذی و...)
- ترالی خارج از اتاق ایزوله جهت نگهداری تجهیزات / وسایل حفاظت فردی
- ظرف جمع آوری وسایل استفاده شده جهت استریلیزاسیون و ضدعفونی خارج از اتاق ایزوله
- تأمین وسایل کافی جهت تمیز کردن و ضدعفونی داخل اتاق ایزوله
- تمیز کردن و ضدعفونی روزانه اتاق ایزوله
- تأمین خط ارتباطی مناسب در اتاق ایزوله (تلفن)
- بسته شدن در اتاق بطور اتوماتیک
- نصب تابلو اتاق ایزوله تنفسی
- شیرهای شستشو دارای پدال یا اهرم بازویی

- توالت و سرویس بهداشتی اختصاصی اتاق ایزوله
- تطبیق با نقشه های پیشنهادی برابر نقشه ضمیمه

تجهیزات ترالی اتاق ایزوله:

- محافظ صورت / عینک
- دستکش نظافت یا دارای قابلیت استفاده مجدد برای تمیز کردن محیط
- دستکش لاتکس یکبار مصرف برای مراقبت های بالینی
- کلاه یکبار مصرف
- ماسک: N95 - جراحی
- گان: ضد آب و یکبار مصرف / مقاوم به نفوذ مایعات چند بار مصرف
- پیش بند پلاستیکی
- محلول الکل برای ضد عفونی دست
- صابون: در صورت امکان صابون مایع
- حوله تمیز یکبار مصرف / حوله کاغذی
- ظروف جمع آوری اجسام نوک تیز و برنده
- پاک کننده مناسب برای تمیز کردن و ضد عفونی سطوح وسایل و تجهیزات
- کیسه های پلاستیکی بزرگ
- کیسه های جمع آوری ضایعات بالینی
- کیسه های نایلونی
- ظروف جمع آوری تجهیزات مصرف شده

وسایل اتاق تعویض لباس:

۱. دیوی خارج از اتاق تعویض لباس:

- قفسه یا کابین قفل دار
- وسایل تمیز کردن
- گان - پیش بند - دستکش - ماسک - کلاه - عینک - روکفشی / چکمه
- قفسه محل نگهداری چکمه های ضد عفونی شده
- ظرف محل جمع آوری ضایعات غیر عفونی

۲. داخل اتاق تعویض لباس:

- گیره یا رخت آویز
- چسب نواری پلاستیکی
- وسایل و تجهیزات شستشوی دست
- محلول ضد عفونی
- ظرف جمع آوری زباله و ضایعات
- ظرف جمع آوری وسایل مصرف شده که باید استریل شوند.

ضمیمه ۱۶: تعاریف

تعریف پنومونی شدید در بالغین:

- بیماری که پنومونی داشته و یکی از علائم زیر را دارد به عنوان مورد پنومونی شدید شناخته می شود:

۱. تنفس بیشتر از ۳۰ بار در دقیقه در هنگام پذیرش
۲. میزان Pao_2/FIO_2 کمتر از ۲۵۰
۳. نیاز به ونتیلاسیون مکانیکال
۴. درگیری دو طرفه یا مولتی لوبار در رادیوگرافی قفسه صدی
۵. افزایش اندازه فیلتراسیون ریوی بیش از ۵۰٪ در ۴۸ ساعت اولیه
۶. فشار سیستولیک کمتر از ۹۰ میلی متر جیوه
۷. فشار دیاستولیک کمتر از ۶۰ میلی متر جیوه
۸. نیاز به وازو پرسور بیشتر از ۴ ساعت
۹. بازده ادراری کمتر از ۲۰ میلی لیتر در ساعت یا بازده کل ادراری کمتر از ۸۰ میلی لیتر در طی بیشتر از ۴ ساعت
۱۰. نارسایی حاد کلیه

تعریف پنومونی شدید در اطفال:

بیماری که پنومونی داشته و یکی از علائم زیر را دارد به عنوان مورد پنومونی شدید شناخته می شود:

۱- درجه حرارت کمتر از ۳۵ یا بیشتر از ۳۹ درجه سانتیگراد

۲- ضربان قلب خارج از محدوده نرمال:

• در نوزادان تازه متولد شده تا ۳ ماهگی: محدوده نرمال: ۸۵ تا ۲۰۵ بار

در دقیقه

• در نوزادان ۳ ماه تا ۲ سال: محدوده نرمال: ۶۰ تا ۱۴۰ بار در دقیقه

• در کودکان ۲ سال تا ۱۰ سال: محدوده نرمال: ۶۰ تا ۱۰۰ بار در دقیقه

۳- فشار سیستولیک کمتر از ۷۰ میلی متر جیوه

۴- تعداد تنفس:

• در کمتر از ۲ ماه بیشتر یا مساوی ۶۰ بار در دقیقه

• در ۲ تا ۱۲ ماه بیشتر یا مساوی ۵۰ بار در دقیقه

• در ۱۲ ماه تا ۵ سال بیشتر یا مساوی ۴۰ بار در دقیقه

• در بیشتر از ۵ سال بیشتر یا مساوی ۳۰ بار در دقیقه

۵- بی قراری و گیجی

ضمیمه ۱۷ :

دستورالعمل سازمان دامپزشکی کشور در خصوص نحوه برخورد با گله‌های

پرندگان مشکوک و آلوده به آنفلوآنزای فوق حاد پرندگان (H₅, H₇)

الف: تعاریف

۱- واحد مشکوک:

واحد مشکوک به واحدی اطلاق می‌گردد که دارای علائم ذیل باشد:

۱-۱. انتشار ناگهانی بیماری در گله ؛

۱-۲. بیحالی شدید، پژمردگی و دور هم جمع شدن گله ؛

۱-۳. کاهش شدید مصرف دان ؛

۱-۴. افت ناگهانی و شدید تولید روزانه ؛

۱-۵. شروع ناگهانی تلفات با روند افزایشی روزانه (در گله گوشتی تلفات بیش از ۳٪ روزانه).

در این صورت لازم است اداره کل دامپزشکی استان نسبت به گزارش و نمونه‌برداری و ارسال آن به سازمان دامپزشکی اقدام و عملیات بهداشتی- قرنطینه‌ای را برابر دستورالعمل‌های ارسالی اقدام نمایند.

۲- کانون آلوده

کانون آلوده به کانونی اطلاق می‌گردد که نمونه‌های ارسالی با یکی از آزمایشات ذیل مورد تأیید

قرار گیرد:

۲-۱. جداسازی ویروس ؛

۲-۲. RT-PCR :

۲-۳. HI در صورت لزوم با دو نوبت نمونه‌گیری و آزمایش سرمی با فاصله ۱۴-۱۰ روز بدیهی است در اولین کانون، جداسازی ویروس ضروری است و در موارد بعدی کانون، مثبت بودن در RT-PCR یا HI کفایت می‌کند.

۳- منطقه آلوده

به منطقه‌ای اطلاق می‌گردد که حداقل یک کانون آلوده به تشخیص قطعی رسیده باشد در صورتیکه مرغداری‌های موجود (پرندگان صنعتی و سنتی) در این منطقه دچار تلفات فزاینده و یا افت تولید ناگهانی باشد. بدون انجام آزمایشات مربوطه همراه با نمونه‌گیری تا شعاع ۱ کیلومتری معدوم و تا شعاع ۵ کیلومتری قرنطینه و در صورت وجود علائم معدوم خواهند شد و منطقه آلوده اعلام می‌گردد. بدیهی است در مرغداری‌ها تا شعاع فوق بسته به شرایط نسبت به تخلیه یا معدوم‌سازی اقدام می‌گردد.

ب: اصول کلی

۱. تشکیل کمیته مراقبت فعال یا بیماریابی شامل دکتر دامپزشک و کاردان دامپزشک جهت بررسی و مراقبت بیماری و اخذ نمونه.
۲. تشکیل کمیته امحاء و معدوم‌سازی ویژه در هر شهرستان شامل: دکتر دامپزشک، کاردان دامپزشک و چند کارگر (ترجیحاً از کارگرهای همان مرغداری بکار گرفته شوند).
۳. تجهیز کمیته مراقبت و امحاء و معدوم‌سازی به وسایل ایمنی شخصی از قبیل: ماسک، عینک، چکمه، کلاه، لباس و ...
۴. توقف وسایط نقلیه در ۵۰۰ متری کانون بیماری.

۵. قرنطینه کامل مزرعه پرندگان و منع خروج از مزرعه پرندگان بدون مجوز دکتر دامپزشک
اکیپ امحاء و معدوم‌سازی
۶. منع ورود افراد متفرقه به مزرعه پرندگان.
۷. نصب تابلوی منطقه مشکوک به آلودگی با ویروس آنفلوانزای مرغی در موارد مشکوک و
نصب تابلوی منطقه آلوده به ویروس آنفلوانزای مرغی در موارد تأیید شده در فاصله ۵۰۰ و
۱۰۰ متری جاده منتهی به مرغداری و همچنین نصب تابلو مبنی بر واحد تحت کنترل
قرنطینه در درب ورودی به مرغداری.
۸. معدوم و امحاء پرندگان گله آلوده، ضایعات و دان مصرفی در محوطه مزرعه پرندگان و در
عمق حداقل ۲/۵ متری سطح زمین و حداقل یک متر بالاتر از سطح آب زیرزمینی باید
باشد.
۹. سطح بستر قبل از سوزاندن یا کمپوست کردن، باید ضدعفونی شود.
۱۰. ویروس آنفلوانزا نسبت به بسیاری از ضدعفونی کننده‌ها خصوصاً نسبت به ترکیبات پراکسید،
فنلی، ترکیبات چهارتایی، گلووتارآلدئیدها و مواد قلیایی حساس است. که بسته به موارد
مصرف انتخاب گردد.
۱۱. جلوگیری از جوجه‌ریزی تا شعاع ۵ کیلومتری از مرکز کانون آلوده تا اطلاع ثانویه و رفع
ممنوعیت کانون.

ج: آمادگی قبل از وقوع بیماری:

۱. تمام مواد و وسایل لازم بویژه وسایل حفاظت شخصی از قبیل لباس سراسری، ماسک
مخصوص، وسایل حفاظت چشم، دستکش و چکمه لاستیکی (یا پوشش پلاستیکی برای
کفش) باید از قبل آماده باشد.

۲. تهیه مواد ضدعفونی کننده مؤثر

۳. نیروی انسانی آموزش دیده در حداقل ممکن (از ورود افراد متفرقه به محوطه عملیات جلوگیری شود).

د: شیوه‌های اجرایی حذف گله آلوده:

۱- ابتدا با شیوه مناسب باید کلیه پرندگان موجود را حتی‌المقدور در داخل سالن از بین برد. شیوه کشتن پرندگان با توجه به تعداد موجود گله صورت می‌گیرد. در مورد پرندگان بومی و تعداد کم با جابجایی کردن می‌توان پرنده‌ها را کشت. در مقیاس بیشتر می‌توان از گاز CO_2 و یا گاز خروجی از موتورهای احتراقی و همچنین از فنوباربتال سدیم استفاده کرد.

۲- استفاده از گاز فرمالین پرمنگنات به نسبت ۱:۲ (۲۰ گرم پرمنگنات + ۴۰ سی‌سی فرمالین) همزمان با افزایش دمای سالن و جمع کردن جوجه‌ها در محوطه محدود داخل سالن اقدام گردد. - گاز CO_2 به میزان ۱۷/۵ کیلوگرم در یک‌هزار متر مکعب در مدت زمان ۳۰ دقیقه محیط را اشباع و در مدت زمان ۱۵ دقیقه مرگ برای پرندگان اتفاق می‌افتد.

- فنوباربتال سدیم (۸۰ میلی‌گرم در ۵۵ میلی‌لیتر) در طی چهار ساعت باعث عدم هوشیاری شده و با قرار دادن در کیسه‌های پلاستیکی خفه می‌شود.

۳- در حین کشتار گله به منظور جلوگیری از پراکنده شدن ضایعات، تمام درها و پنجره‌ها باید مسدود و تهویه‌ها خاموش شود.

۴- از دسترسی پرندگان وحشی و جانوران موذی و همچنین حیواناتی نظیر سگ، گربه و ... در حین عملیات به مزرعه پرندگان باید جلوگیری شود.

۵- از بین بردن مؤثر و فوری کلیه موادی که قابل ضدعفونی کردن نیستند از قبیل پرنده‌های مرده، تخم مرغ، بستر، کود، لاشه‌های تازه و منجمد، ابزار وسایل پس از قرار دادن آنها در کیسه‌های پلاستیکی غیرقابل نفوذ ضروری است.

۶- از بین بردن ضایعات با شیوه‌های دفن کردن، کمپوست کردن و یا سوزاندن صورت می‌گیرد. بهترین شیوه برای کود و بستر و دان کمپوست کردن به همراه هیدورکسید کلسیم (آهک زنده) است قبل از جابجایی کود و دان جهت کمپوست یا دفن کردن باید سطح بستر را ضدعفونی و آنها را در کیسه‌های پلاستیکی غیرقابل نفوذ قرار داد.

ارزاترین شیوه برای معدوم نمودن و امحاء لاشه پرنده‌گان و دفن کردن آنها پس از قرار دادن در کیسه پلاستیکی غیرقابل نفوذ فاصله در عمق حداقل ۲/۵ متری از سطح زمین و حداقل یک متر بالاتر از سطح آب می‌باشد در این خصوص حداقل حمل و نقل باید انجام شده و در نزدیکترین فاصله به آشیانه‌ها در داخل مرغداری دفن شوند. بدیهی است برای لایه زیر لاشه‌ها و لایه روی لاشه‌ها از آهک زنده استفاده می‌شود. بعد از دفن یا کمپوست مواد دفعی باید بگونه‌ای پوشانده شوند که هیچ حیوانی اعم از پرنده‌گان، سگ و ... به آن دسترسی نداشته باشد. در صورت امکان سوزاندن لاشه‌ها در گودال‌های حفر شده صورت گیرد.

۷- بستر و دان کمپوست شده حداقل تا ۶۰ روز و لاشه‌های دفن شده حداقل ۴ ماه دستکاری نشود.

۸- پس از دفن لاشه‌ها و سایر وسایل غیرقابل ضدعفونی مثل لوازم کاغذی و چوبی، و نیز کمپوست کردن بستر، شستشو و ضدعفونی کردن ساختمان و وسایل موجود با ضدعفونی کننده‌های وسیع‌الطیف مؤثر الزامی است قبل از ضدعفونی کردن، برس زدن، شستشو با مواد پاک کننده به منظور حذف مواد آلی از سطوح آشیانه، لوازم وسایط نقلیه باید انجام شود. توجه

ویژه‌ای به رفع آلودگی سالن از بستر مبذول گردد. بخاطر داشته باشید که ویروس آنفلوانزا ۳۵ روز در ۴ درجه سانتی‌گراد و ۱۰۴ روز در کود زنده می‌ماند.

۹- ویروس آنفلوانزا ممکن است از طریق لباس، کفش، قفس حمل پرندگان، شانه تخم مرغ، کیسه دان منتقل شود لذا وسایل فوق باید ضدعفونی شود و در صورتیکه قابل ضدعفونی نیست معدوم شود استفاده از ضدعفونی کننده‌های مؤثر به شکل آئروسول بویژه برای ضدعفونی کردن هواکش‌ها و ابزارهای مشابه مناسب است برای ضدعفونی کردن لوازم برقی باید از گاز فرمالدئید استفاده شود.

و: سایر اقدامات:

- اکیپ مذکور باید از وسایل محافظت کننده مثل ماسک‌های تنفسی، عینک، لباس سرتاسری، دستکش و چکمه لاستیکی استفاده کند و لوازم و وسایل در صورت آلودگی شدید معدوم شوند در غیر این صورت در پایان عملیات ضدعفونی شود.



- تعویض کامل پوشش کلیه افراد اعم از پرسنل اکیپ، پرسنل مزرعه پرندگان در محل مزرعه پرندگان همراه با شستشوی مناطقی از بدن که فاقد پوشش می‌باشد با آب و مواد ضدعفونی و پاک‌کننده و دوش گرفتن افراد مزبور در اولین فرصت
- ضدعفونی وسیله نقلیه مرغدار، اکیپ و ...
- ضدعفونی خانه‌های کارگری، دفتر فازم و ...
- تهیه صورت جلسه مربوط به معدوم‌سازی و دفع لاشه و ضایعات آن بطو کامل
- اخذ تعهد کتبی مبنی بر عدم تماس کلیه افرادی که در تماس با مزرعه پرندگان آلوده بوده‌اند حداقل به مدت ۳ روز با کلیه واحدهای غیرآلوده مرتبط با صنعت پرندگان



ضمیمه ۱۸:

دستورالعمل دفن بهداشتی اجساد

۱. اجساد پس از آماده شدن در کمترین زمان ممکن به محل دفن منتقل گردند.
۲. به خانواده بیمار در خصوص اهمیت موضوع و دلایل عدم انجام بعضی مراسم و اهمیت اقدامات ویژه ای که انجام میگیرد توضیح داده شود.
۳. یک نفر از افراد خانواده بیمار که صاحب نفوذ بیشتری می باشد جهت توجیه و هدایت اعضای فامیل در پیشگیری از انجام اقدامات خطرناک از قبیل شستشو و لمس جنازه تعیین گردد.
۴. آماده کردن جنازه:
 - ۴-۱- توصیه میشود اقدامات احتیاطی همانند اقدامات لازم در هنگام جداسازی بیماران از قبیل استفاده از دستکش ضخیم لاستیکی بعنوان جفت دوم دستکش (لایه رویی) مورد نظر قرار گیرد.
 - ۴-۲- از محلول سفیدکننده (هیپوکلریت سدیم) ۰/۵ درصد به جسد و اطراف آن پاشیده شود.
 - ۴-۳- جسد در کیسه مخصوص حمل جنازه قرار گیرد و محلول سفیدکننده ۰/۵ درصد به کیسه پاشیده شود.
 - ۴-۴- در صورت نبود کیسه مخصوص، جنازه در پارچه کتانی دو لایه آغشته به محلول ۰/۵ درصد سفیدکننده پیچانده شده و سپس کاملاً نایلون پیچ گردد. سپس محلول ۰/۵ درصد سفیدکننده به آن پاشیده شده و اگر تابوت در دسترس است در آن قرار گیرد.
 - ۴-۵- یک نفر کارمند بهداشتی تعیین و برای رعایت احتیاط های ایمنی در طول جابجایی با جنازه همراه باشد.

۵. کارکنان بهداشتی در هنگام حمل و نقل جنازه یا لمس آن بایستی از وسایل محافظت کننده استفاده کنند.

۵-۱- اگر راننده با جنازه تماس ندارد لازم نیست پوشش حفاظتی بپوشد.

۶. کارکنان بهداشتی یک ظرف محتوی محلول سفیدکننده ۰/۵ درصد به همراه داشته باشند و چنانچه سطوحی از وسیله نقلیه به ترشحات جنازه آغشته گردید و یا به هر دلیلی با جنازه و یا ترشحات آن تماس برقرار شد، از آن برای ضدعفونی و تمیز کردن استفاده نمایند.

۷. آماده کردن محل دفن:

۷-۱- عمق گور باید حداقل ۲ متر باشد.

۷-۲- برای خانواده فرد فوت شده توضیح داده شود که مشاهده جنازه امکان پذیر نیست و دلایل آن برایشان مطرح گردد.

۸. ضدعفونی وسیله نقلیه پس از حمل جسد:

۸-۱- فردی که وسیله را ضدعفونی میکند باید پوشش محافظ به تن کند.

۸-۲- بیرون وسیله نقلیه ای که جسد با آن حمل شده را با محلول سفیدکننده ۰/۵ درصد شستشو دهند.

۸-۳- ماده ضدعفونی کننده حداقل بمدت ۱۰ دقیقه در تماس باقی بماند.

۸-۴- وسیله را بخوبی با آب پاکیزه آبکشی گردیده و در معرض هوا خشک شود.

ذکر این نکته ضروری است در صورت ارائه هرگونه توصیه بهداشتی جدید براساس مطالب علمی، نکات فوق به روز خواهد گردید.

ضمیمه ۱۹ - توصیه های بهداشتی در خصوص آنفلوانزای

پرندگان و سلامت مواد غذایی

۱. باید مطمئن شد که پرنده آلوده وارد چرخه طبخ و مصرف خوراکی نگردد.
۲. گوشت و فرآورده های خام غذایی بایستی بطور جداگانه از غذاهای طبخ شده نگهداری شوند.
۳. هیچ نوع از فرآورده های گوشتی (پرندگان) و تخم پرندگان بصورت خام و یا نیم پز و نیم پخته استفاده نشود.
۴. غذاهای پخت شده بیشتر از ۲ ساعت در هوای اتاق نگهداری نشود زیرا باعث آلودگی آن خواهد گردید.
۵. غذاهای پخته نگهداری شده، قبل از مصرف در دمای بالاتر از ۶۰ درجه سانتیگراد گرم شود.
۶. گوشت پرندگان جهت مصرف باید کاملاً پخته شود و برای کنترل این موضوع می توان از شفاف شدن آب حاصل از طبخ و یا دماسنج طبخی استفاده نمود (پس از پخت هیچ قسمت صورتی رنگی باقی نماند). ویروس آنفلوانزا در دمای ۸۰ درجه سانتیگراد در مدت یک دقیقه و در دمای ۷۰ درجه سانتیگراد در مدت نیم ساعت از بین می رود.
۷. تخم پرندگان (تخم مرغ) را تا سفت شدن کامل زرده و سفیده آن پخت (حداقل ۵ دقیقه در آب جوش ۷۰ درجه سانتیگراد قرار گیرد).
۸. پاستوریزاسیون محصولات تخم پرندگان (تخم مرغ) باعث غیرفعال شدن ویروس می گردد (در صنایع):

- a. تخم مرغ کامل در ۶۰ درجه حرارت بمدت ۲۱۰ ثانیه قرار گیرد.
- b. سفیده تخم مرغ خام در ۵۵/۶ درجه حرارت بمدت ۳۷۲ ثانیه قرار گیرد.
۹. اگر برای طبخ از ماکروفر استفاده می شود باید روی ماده مورد مصرف پوشانده شود و بر روی تمامی سطوح چرخانده شود. زیرا عدم حرارت دهی به بعضی از نقاط گوشت می تواند باعث باقی ماندن ویروس در گوشت شود.
۱۰. طبخ گوشت بصورت آب پز مطمئن ترین راه می باشد و توصیه می شود از روشهای دیگر مانند سرخ کردن، کباب کردن، بریان کردن و... خودداری شود.
۱۱. پوست بیرونی تخم مرغ نیز می تواند آلوده به ویروس باشد لذا سعی کنید پوست بیرونی را حتماً شستشو دهید.
۱۲. از مصرف تخم مرغ های شکسته خودداری نموده و تخم مرغهایی که پوسته آن آلوده به خون و یا فضولات می باشد باید قبل از مصرف شسته شده و بلافاصله استفاده گردد. ویروس آنفلوانزا در فضولات پرندگان تا مدتهای طولانی زنده می ماند.
۱۳. محصولات که بصورت کنسرو می باشند را می توان با اطمینان مصرف کرد زیرا این محصولات بعلت گذراندن پروسه های حرارتی در حین تولید عاری از ویروس خواهند بود.

ضمیمه ۲۰- توصیه های بهداشتی به پرورش دهندگان طیور

(سنتی و صنعتی) و بازارهای عرضه پرندگان زنده:



توصیه های بهداشتی به پرورش دهندگان طیور(سنتی):

- ✓ به جای حیاط جلوی منزل از حیاط خلوت یا بام خانه برای پرورش پرندگان استفاده نمایید.
- ✓ پرندگان اهلی را از تماس پرندگان وحشی دورنگهدارید.
- ✓ حفاظ توری و پوشش سقف لانه از آلودگی محل نگهداری پرندگان جلوگیری می کند.
- ✓ ذخیره ی دان پرندگان دوراز دسترس پرندگان وحشی نگهداری شود.
- ✓ آب آشامیدنی پرندگان بهداشتی باشد.
- ✓ محل نگهداری مرغ و خروس از مرغابی واردک مجزاگردد.
- ✓ امکان ترددخوک وگراز به مزارع وجودنداشته باشد.
- ✓ محل نگهداری پرندگان ولانه آنها بطور مرتب ضد عفونی ونظافت گردد.
- ✓ از تردد سگ، گربه، موش وسایر جانوران موذی به محل نگهداری پرندگان جلوگیری شود.
- ✓ ضایعات پرندگان به روش بهداشتی دفع گردد.
- ✓ جوجه ها جدا از سایر پرندگان نگهداری شوند.

- ✓ از ورود پرندگان به داخل منازل جلوگیری بعمل آید.
- ✓ راههای پیشگیری و کنترل آلودگی و انتشار ویروس H₅N₁ فراگرفته شود.
- ✓ اگر پرندگان برای فروش برده می شوند، چنانچه تعدادی بفروش نرسیدند آنها را به مزرعه برنگردانده یا ۷ روز قرنطینه شوند.
- ✓ سبدها یا قفسهای حمل پرندگان از جنس قابل شستشو باشند (پلاستیکی و فلزی برجوبی ارجحیت دارد).
- ✓ زیر سبدها سینی قرار گیرد تا از آلودگی محیط و قفسهایی که رویهم چیده شده اند جلوگیری شود.
- ✓ کودکان را از تماس و بازی با پرندگان منع کنید.

توصیه های بهداشتی به پرورش دهندگان طیور (صنعتی):

- ✓ پرندگان هم سن در یک محل نگهداری و دسته جمعی به کشتارگاه فرستاده شوند و قبل از ورود گله جدید محل مربوطه نظافت و ضدعفونی گردد.
- ✓ تردد در مرغداری تحت کنترل باشد و حداقل رفت و آمد صورت پذیرد.
- ✓ کارکنان مرغداری با اصول حفاظت پرندگان و خود آشنایی کامل داشته باشند.
- ✓ پرندگان بیمار یا تلف شده به کشتارگاه فرستاده نشوند.
- ✓ بهداشت آب و دان پرندگان رعایت شود.
- ✓ هرگونه بیماری یا تلفات پرندگان گزارش گردد.
- ✓ از سکونت کارگران مرغداری در محوطه مرغداری جلوگیری شود.

توصیه های بهداشتی در بازارهای عرضه پرندگان زنده:



- ✓ مدیریت مناسب خرید و فروش پرندگان
- ✓ طراحی مناسب فضای فیزیکی بازار
- ✓ پیش بینی محلی اختصاصی برای ذبح پرندگان
- ✓ آموزش کسبه و آشنایی کامل آنها با روشهای حفاظت فردی
- ✓ بیماریابی و مراقبت فعال
- ✓ حمل و نقل و جابجایی پرندگان به روشهای استاندارد و بهداشتی
- ✓ استفاده از ماسک و دستکش هنگام تماس با پرندگان
- ✓ مراجعه به پزشک در صورت بروز علائم اولیه بیماری
- ✓ گزارش هرگونه تلفات و بیماری در پرندگان
- ✓ استفاده از وسایل حفاظت فردی هنگام دفع لاشه، احشا یا فضولات پرندگان و دفن بهداشتی و دور از دسترس حیوانات

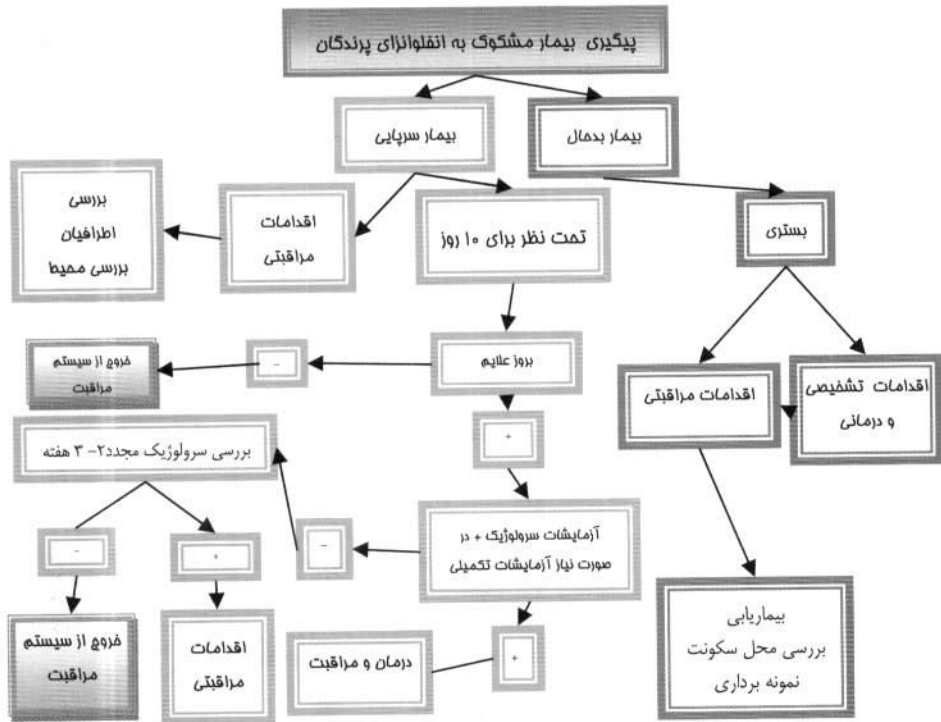
- ✓ خودداری از خرید و فروش پرنده بیمار یا تلف شده
- ✓ نگهداری پرندگان جدیداً خریداری شده جدا از بقیه بمدت ۷ روز
- ✓ در نظر گرفتن محلی اختصاصی برای شستشوی قفسها
- ✓ پیش بینی دستشویی برای دسترسی افراد
- ✓ اختصاص دادن شبها یا یک روز خاص برای نظافت و ضد عفونی بازار
- ✓ نگهداری مجزای گونه های مختلف پرندگان

در صورت مشاهده موارد مشکوک به آنفلوانزا، پزشکان و مراکز درمانی باید موارد زیر را در نظر بگیرند:

- تشخیص سریع و صحیح آنفلوانزا
- گزارش موارد مشکوک به آنفلوانزا
- ایزوله کردن و شناسایی ویروس آنفلوانزا
- انجام تست‌های تشخیصی
- درمان مناسب
- اقدامات پیشگیرانه

این موارد در ادامه به تفصیل شرح داده می‌شود.

نحوه پیگیری بیمار مشکوک به انفولانزای پرندگان



نحوه برخورد با بیمار مشکوک به آنفلوانزا



خروج از چرخه مراقبت

ندارد

مواجهه با فرد مشکوک به آنفلوانزا

تب

نمونه گیری
نمونه گیری از گلو به روش غرغره:
مقدار ۳-۲ میلی لیتر محیط ترانسپورت به بیمار داده شده تا غرغره نماید و پس از آن ماده غرغره شده را به ظروف مخصوص منتقل و با رعایت زنجیره سرما به آزمایشگاه انتقال دهید. (با سواب گلو تهیه شود) نمونه گیری سرولوژی:
مقدار ۵ میلی لیتر از بیمار خون گرفته شده و سرم آن جدانشده و پس از انتقال به ظروف مخصوص با رعایت زنجیره سرما به آزمایشگاه منتقل می گردد.

سرفه / گلودرد / تنگی نفس / کونژکتیویت + حداقل یکی از موارد تماس در ۷ روز قبل: تماس کمتر از یک متر با فرد مشکوک یا محتمل یا قطعی آنفلوآنزای پرندگان/تماس با پرندگان یا محصولات آنها/خوردن خام یا نیم پز فرآورده های مایگان/تماس با موارد حیوانی قطعی مبتلا به آنفلوآنزا به غیر از مایگان(گربه و خوک)/کار کردن با نمونه های بالینی(حیوانی یا انسانی)مشکوک به الودگی با آنفلوآنزا

سرفه یا گلودرد + یکی از علائم:
خستگی / سستی گردن / لرز / ضعف / درد عضلانی / قرمزی مخاطات / تماس با فرد مشکوک به آنفلوآنزا

راههای پیشگیری از انتشار و گسترش بیماری آنفلوآنزای انسانی(فصلی):
۱- هنگام عطسه و سرفه کردن دهان و بینی خود را ببوشانید
۲- هنگام بیماری از دست زدن به چشم ها و بینی خودداری کنید
۳- هنگام بیماری از حضور در اماکن تجمعی خودداری کنید
۴- بطور مکرر دستهایتان را بشویید
۵- هنگام بیماری از دست دادن و روبروسی با دیگران خودداری کنید
۶- از رها کردن دستمال کاغذی های مصرف شده در محیط خودداری کنید
۷- در هنگام بیماری به اندازه کافی استراحت کرده و تغذیه مناسب و مایعات کافی مصرف کنید

۱- گزارش فوری به سطوح بالاتر (از محیط به مرکز)
۲- گرفتن شرح حال
۳- تکمیل فرمهای لیست خطی و بررسی انفرادی
۴- نمونه گیری(نمونه گلو یا نمونه سرولوژی)
بهبتر است ظرف ۳ روز اول شروع بیماری نمونه گیری صورت پذیرد.

۱- آموزش مسایل بهداشتی و پیشگیری
۲- در صورت تیکه فرد در سیستم پایگاه دیده ور وارد گردیده است برابری دستورالعمل پایگاه دیده ور اقدام گردد

راههای پیشگیری از انتشار و گسترش بیماری آنفلوآنزای پرندگان:
۱- گوشت مایگان و تخم مرغ را کاملاً پخته مصرف کنید.
۲- به مایگان و سایر پرندگان بیمار یا تلف شده دست نزنید
۳- از نگهداری مایگان و سایر پرندگان در اتاقهای داخل خانه خودداری کنید.
۴- هر گونه بیماری یا تلفات در مایگان و سایر پرندگان را به مرکز دامپزشکی یا مرکز بهداشتی درمانی اطلاع دهید.
۵- مایگان و سایر پرندگان را در فضای باز رها نکنید و آنها را در قفس یا لانه و دور از خانه نگهداری کنید.
۶- یکی از راههای مهم پیشگیری در هنگام تماس با مایگان و سایر پرندگان الوده استفاده از دستکش و پس از آوردن آن ، شستشوی دستها با آب و صابون می باشد

انجام اقدامات مراقبتی

آموزش مسایل بهداشتی و پیشگیری

۱- بررسی از نظر وجود بیماری در اطرافیان / پرندگان
۲- نمونه برداری در صورت لزوم از افراد مشکوک / پرندگان
۳- استفاده از ماسک و تجهیزات ایمنی
۴- استفاده و تجویز از داروهای ضد ویروسی
بعنوان پیشگیری و درمان بر اساس دستورالعمل های صادره

خروج از چرخه مراقبت

ضمیمه ۲۱: نمونه پوستر و پمفلت

آنفلوآنزای پرندگان

نکات مهم

آنفلوآنزای پرندگان قسایل سرایت به انسان است ولی شواهدی مبنی بر انتقال انسان به انسان تاکنون گزارش نشده است.

واکسن آنفلوآنزا ۱۰٪-۷۰٪ در پیشگیری از ابتلای انسان به آنفلوآنزای معمولی موثر است و از عوارض شدید بیماری و مرگ و میر می‌کاهد، ولی هیچ‌گونه تاثیری در جلوگیری از ابتلا انسان به آنفلوآنزای پرندگان ندارد.

حرارت به مدت نیم ساعت و در دمای ۷۰°C باعث از بین رفتن ویروس می‌گردد.

این بیماری در بیماران قلبی، ریوی، کلیوی و افراد مسن و کودکان عوارض شدید و مرگ و میر بیشتری به دنبال دارد.

تاکنون موثری برای پیشگیری از ابتلا پرندگان به آنفلوآنزای تهیه نشده است، لذا راه مقابله با بیماری معمول کردن پرندگان آلوده و رعایت توصیه‌های بهداشتی است.

پیشگیری در پرندگان

- ۱- معیوم کردن سریع پرندگان بیمار یا پرندگان در تماس با پرندگان بیمار و دفن بهداشتی لاشه‌ها
- ۲- ضد عفونی و قرنطینه کردن مرغداری‌ها
- ۳- محدودیت جابجایی و انتقال پرندگان در داخل کشور یا سایر کشورها
- ۴- استفاده از قفس جهت نگهداری پرندگان خانگی و عدم امکان تماس پرندگان مهاجر با آنها
- ۵- گزارش سریع تلفات غیر عادی پرندگان به دامپزشکی و مرکز بهداشت

مرکز بهداشت استان تهران

آنفلوآنزای پرندگان

آنفلوآنزای یک بیماری فوق العاده مسری است که عامل ایجاد کننده آن ویروس آنفلوآنزای می باشد. در سالهای اخیر مواردی نیز از انتقال انسان به آنفلوآنزای پرندگان گزارش شده است. آنفلوآنزای پرندگان که یکی از مهترین بیماریهای ویروسی دستگاه تنفسی پرندگان می باشد نه تنها برای انسان خطرناک است بلکه باعث صدمات اقتصادی سنگینی در مرغاریها و دامداریها گردیده است. این ویروس علاوه بر انسان می تواند در بسیاری از پرندگان وحشی و اهلی مرغ، مرغابی، اردک، غاز، کبوتر، بوفلون، فرافول، شاهین، گنجشک، مینا، اوجسب و خوک نیز ایجاد بیماری کند.



علائم بیماری در انسان:

- ◀ تب بالای ۳۸° C
- ◀ تنگی نفس
- ◀ سرفه
- ◀ التهاب چشم
- ◀ گلودرد
- ◀ آبریزش از بینی و چشم
- ◀ درد بدن

علائم فوق در فردی که سابقه تماس با پرندگان آلوده لانه پرندگان و یا سابقه مسافرت به محیط آلوده داشته باشد به عنوان علامت بسیاری در انسان محسوب می گردد.

علائم بیماری در پرندگان:

- ▲ شروع ناگهانی علائم با تلفات شدید در پرندگان
- ▲ علائم تنفسی (خس خس، خر خر)
- ▲ بی اشتهايي
- ▲ سیاه شدن و خونریزی از ناحیه ریش و ساق پاهاى پرندگان
- ▲ افت تولید تخم پرده
- ▲ اسهال سفید و سبز
- ▲ بزرگى شدید پرندگان

راههای انتقال در انسان:

- ۱- استنشاق هوای آلوده به ترشحات پرندگان
- ۲- تماس با فضولات و یا ترشحات پرندگان آلوده (در هر گرم آن حدود ۱۰۰۰/۰۰۰ ویروس وجود دارد)
- ۳- تماس و ارتباط مستقیم با پرندگان آلوده و یا تلف شده
- ۴- تماس با وسایل حمل و نقل ظروف غذا و فلز پرندگان، لباس و کفش کارگران مرغاریها
- ۵- از طریق بدن و پاي حیوانات
- ۶- ن کتده شدن کود مرغاریهای آلوده به اطراف

راههای انتقال در پرندگان:

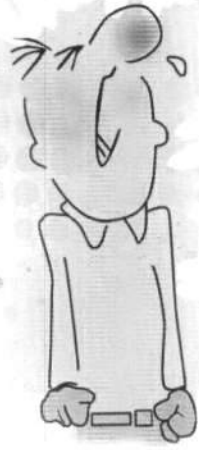
علاوه بر راه های انتقال به انسان، پرندگان وحشی می توانند آب و خاک را از طریق مدفوع و سایر ترشحات خود آلوده کرده و بیماری را به پرندگان اهلی منتقل کنند.



پیشگیری در انسان:

- ۱- عدم شکار پرندگان مهاجر آبی و سایر پرندگان مشکوک به بیماری و تماس با آن ها
- ۲- استفاده از وسایل حفاظتی مانند دستکش یک بار مصرف، چکمه ماسک و ... توسط افراد در معرض خطر
- (کارگران مرغاریها، فروشندگان پرندگان، دامپزشکان و ...)
- ۳- تستهای دستها با آب و صابون و یا بتادین به مدت ۲۰-۱۵ ثانیه در صورت تماس با بیماران
- ۴- رعایت بهداشت فردی و پوشاندن دهان در زمان سرفه و عطسه
- ۵- استفاده از مرغ و تخم مرغ کاملاً پخته شده
- ۶- کاهش مسافرت های غیر ضروری در زمان همه گیری آنفلوآنزا
- ۷- واکسیناسیون افراد در معرض خطر با واکسن آنفلوآنزای انسانی
- ۸- ضد عفونی نمودن وسایل آلوده به خون و مایعات بدن بیمار مشکوک با محلول هیپوکلریت سدیم (آب زاول) و ضد عفونی سطوح فلزی با الکل ۷۰٪

با محافظت خود در مقابل بیماری آنفلوانزا ،
از دیگران نیز محافظت کنیم.



مرکز بهداشت استان مرکزی

ما می توانیم از انتشار آنفلوانزا پیشگیری کنیم اگر:



واکسیناسیون تنها راه پیشگیری از آنفلوانزا نیست.



۴- بطور مکرر دستهایمان
را بشوییم.



۱- هنگام عطسه و سرفه،
دهان و بینی خود را بپوشانیم.



۵- از دست دادن و رویوسی
با دیگران خودداری نماییم.



۲- هنگام بیماری از دست زدن
به چشمها و بینی خودداری کنیم.



۶- از رها کردن دستمال
کاغذی های مصرف شده
در محیط خودداری کنیم.



۳- هنگام بیماری از حضور در
اماکن تجمعی خودداری کنیم.

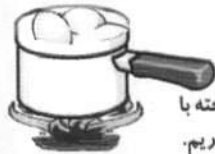
ضمانت

از خود در مقابل آنفلوآنزای پرنندگان محافظت کنیم.



مرکز بهداشت استان مرکزی

ما می توانیم خود را از ابتلا به آنفلوآنزای پرنندگان محافظت کنیم اگر :



۵- تخم مرغ کاملاً پخته با
زرده سفت شده بخوریم.



۱- از نزدیک شدن و بازی کردن
با مرغ، جوجه و سایر پرنندگان
خودداری کنیم.



۶- مرغ را به صورت کاملاً
پخته بخوریم.



۲- مرغ، جوجه و سایر
پرنندگان را در اتاق
نگهداری نکنیم.



۷- چند بار در روز
دست هایمان را با آب و
صابون بشوییم.



۳- از نزدیک شدن و
دست زدن به پرنندگان
مرده خودداری کنیم.



۸- در صورت بیماری
به مرکز بهداشتی درمانی
مراجعه کنیم.



۴- مرغ، جوجه و سایر
پرنندگان را در قفس
نگهداری کنیم.

ضمائم

برنامه هفتگی



شنبه	یکشنبه	دوشنبه	سه شنبه	چهارشنبه	پنجشنبه	جمعه

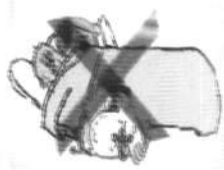
مواظب باشین !!

بچه های عزیز



گوشه‌ها رو واکنین و
پیام داره براتون
کبوتر و پرستو
دو تا باشن یا تک تک
کوچولو باشن یا گنده
مریض میشین و آلا

سلام سلام بچه ها
عمو دکتر مهربون
به غاز و گنجشک و قو
مرغ و خروس و اردک
زنده باشن یا مرده
دست نزنین ، بچه ها



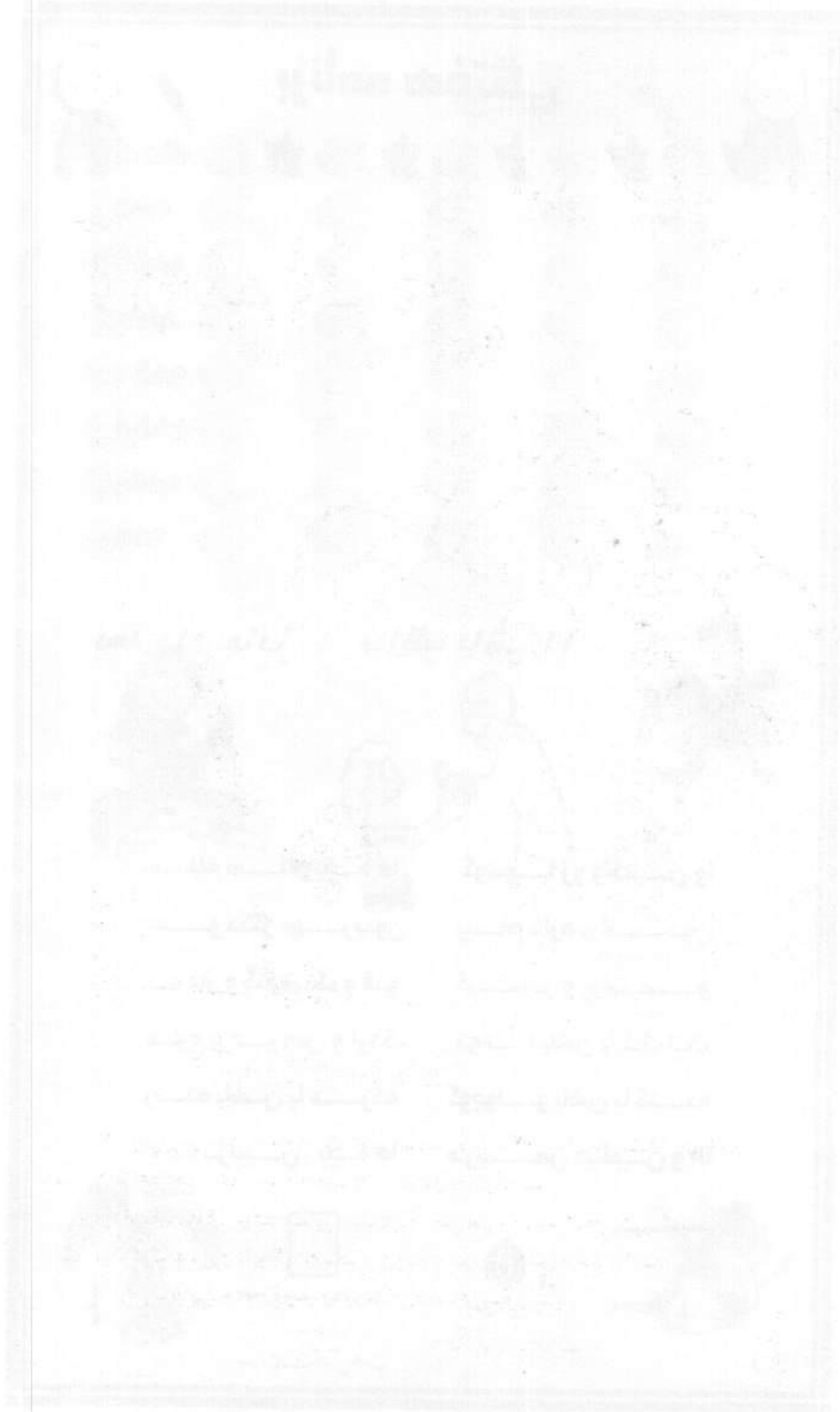
جمهوری اسلامی ایران
سازمان آموزش و پرورش استثنای ایران



سازمان بهداشت و آموزش پزشکی
مراکز بهداشت استثنای
واحد ارتباطات و آموزش سلامت



ضمائم



آفتلوانزای پرندگان



- ◀ آفتلوانزای پرندگان بیماری خطرناکی است که از پرندگان به انسان منتقل می‌شود.
- ◀ مرغ، جوجه و سایر پرندگان می‌توانند شما را بیمار کنند.
- ◀ از نگهداری مرغ، جوجه و سایر پرندگان در اتاق‌های داخل خانه خودداری کنید.
- ◀ از نزدیک شدن و بازی کردن با مرغ، جوجه و سایر پرندگان خودداری کنید.
- ◀ از نزدیک شدن و دست زدن به پرندگان مرده خودداری کنید.

ضمائم



نقشه ملی بیماری آنفلوانزا

این سند راهنمای کشوری مراقبت و کنترل بیماری آنفلوانزا است. هدف از تدوین این سند، ارائه دستورالعمل‌های استاندارد برای تشخیص، گزارش‌دهی، پیشگیری و کنترل این بیماری در سطح ملی است. این سند بر اساس آخرین دستورالعمل‌های سازمان بهداشت جهانی و تجربیات موفق در سایر کشورها تدوین شده است.

بیماری آنفلوانزا یک عفونت ویروسی است که می‌تواند باعث علائم تنفسی، تب و بدن‌درد شود. در صورت پیوستن باکتری‌ها، می‌تواند منجر به عوارض جدی و حتی مرگ شود. بنابراین، مراقبت و کنترل مناسب این بیماری برای سلامت جامعه بسیار مهم است.

این سند شامل بخش‌های زیر است:

- 1. تعاریف و اصطلاحات
- 2. شیوع و پخش بیماری
- 3. تشخیص و آزمایش‌ها
- 4. گزارش‌دهی و ثبت‌ها
- 5. پیشگیری و کنترل
- 6. درمان‌ها
- 7. نقشه ملی

این سند برای کلیه مراکز بهداشتی و درمانی، مراکز تحقیقاتی و مسئولان بهداشتی در سراسر کشور تهیه شده است. رعایت دقیق این دستورالعمل‌ها می‌تواند به کاهش بار بیماری آنفلوانزا در جامعه کمک کند.



منابع:

۱- محمد قلی مجد : قحطی بزرگ و مرگ و میر در ایران در سالهای ۱۹۱۷ تا ۱۹۱۹ - مترجم: معصومه جمشیدی - فصل های دوم و سوم - چاپ موسسه مطالعات و پژوهشهای سیاسی

1. CDC: prevention and Control of influenza: MMWR: july 29, 2005/ 54 (rr08); 1 - 40
2. WHO: guidelines on the use of vaccines and antivirals during influenza pandemics:
3. WHO: guidelines on the use of vaccines and antivirals during influenza: WHO/ CDS/ CSR/ RMD/ 2004, 8
4. WHO consultation on priority public health interventions before and during an influenza pandemic. WHO/ CDS/ CSR/ RMD/ 2004, 9
5. WHO: global influenza preparedness plan. WHO/ CDS/ CSR/ GIP/ 2005, 5

6. WHO: informal consultation on influenza pandemic preparedness in countries with limited resources. WHO/CDS/ CSR/ GIP/ 2004, 1
7. WHO: Influenza pandemic plan The role of WHO and Guidelines for National and regional planning; WHO/ CDC/ CSR/ EDC/ 99, 1
8. WHO: report on Global Surveillance of epidemic- prone Infectious Diseases WHO/ CDS/ CSR/ isr 2000, 1
9. NHS: uk influenza pandemic contingency plan. march 2005
10. HHS-NATIONAL VACCINE PROGRAM OFFICE (NVPO). the next influenza pandemic unfolds. august 4, 2004
11. Stanley A. plotkin et al: vaccines forth edition – 2004
12. DEPARTMENT OF HEALTH AND AGEING of Australia. action plan for pandemic influenza. october 2003
13. Influenza: pinkbook- 2003; P: 213-231
14. Norway: The Norwegian National influenza Pandemic preparedness plan 2003

15. CDC of Australia: Annual report of the National influenza surveillance scheme - 2002; Communicable Diseases Intelligence Vol 27 No: 2, June 2003
16. CDC: Manual For the Surveillance of Vaccine- Preventable Diseases 3rd edition- 2002
17. florida: Action plan for pandemic influenza; florida Department of health 2001
18. DEPARTMENT OF HEALTH AND AGEING of Australia: A model plan for influenza pandemic preparedness; version 3,1 2001
19. The PHLS: Plan for pandemic influenza- 2001
20. DEPARTMENT OF HEALTH AND AGEING of Australia: A Framework for an Australian influenza pandemic plan; Technical report series No 4 – 1999
21. Uk health departments: Multiphase Contingency Plan For pandemic Influenza- 1997
22. JOHN J. TREANOR. MANDEL: THE TEXTBOOK OF INFECTIOUS DISEASES; INFLUENZA VIRUS. CHAPTER; 162, 2005

23. HH5 pandemic influenza plan: us department of Health and Human Services, November 2005
24. CDC: prevention and Control of influenza: MMWR:JUNE 28.2006/EARLY RELEASE/55;1-41
25. KAMPS-HOFFMANN-PREISER;INFLUENZA REPORT 2006
26. WHO;RAPID ADVICE GUIDELINES ON PHARMACOLOGICAL MANAGEMENT OF HUMANS INFECTED WITH AVIAN INFLUENZA A(H5N1) VIRUS;WHO/PSM/PAR/2006.6
27. WHO;PUBLIC HEALTH INTERVENTION FOR PREVENTION AND CONTROL OF AVIAN INFLUENZA;NEW DEHLI.MARCH 2006
28. WHO;AVIAN INFLUENZA,INCLUDING INFLUENZA A(H5N1),IN HUMANS:WHO INTERIM INFECTION CONTROL GUIDELINE FOR HEALTH CARE FACILITIES;9 FEB 2006
29. WHO.CASE DEFINITIONS FOR HUMAN INFECTIONS WITH INFLUENZA A(H5N1) VIRUS:29 AUGUST 2006

30. Protection of individuals with high poultry contact in areas affected by avian influenza H5N1: Consolidation of pre-existing guidance-February 2008
31. WHO Interim Protocol: Rapid operations to contain the initial emergence of pandemic influenza-Updated October 2007
32. Recommendations and laboratory procedures for detection of avian influenza A(H5N1) virus in specimens from suspected human cases-Revised August 2007
33. Clinical management of human infection with avian influenza A (H5N1) virus-15 August 2007
34. WHO guidelines for investigation of human cases of avian influenza A(H5N1)-January 2007
35. Collecting, preserving and shipping specimens for the diagnosis of avian influenza A(H5N1) virus infection. Guide for field operations-October 2006
36. Avian influenza, including influenza A (H5N1), in humans: WHO interim infection control guideline for health care facilities-Revised 10 May 2007

37. WHO reference laboratories for diagnosis of influenza A/H5
infection-20 February 2008

۳۰. راهنمای مراقبت آنفلوانزای پرندگان در انسان: انتشارات مرکز مدیریت بیماریها، اداره مبارزه

با بیماریهای قابل انتقال از حیوان به انسان - اسفند ۱۳۸۲

۳۱. دستورالعمل های مقابله محیطی با بیماری آنفلوانزای فوق حاد طیور: انتشارات دفتر سلامت

محیط و کار - معاونت سلامت - ۱۳۸۴

۳۲. حاتمی، حسین. نوپدیدی و بازپدیدی بیماریها و سلامت حرفه‌های پزشکی: نوپدیدی

آنفلوانزای پرندگان و مروری بر آنفلوانزای انسانی، ۱۳۸۳

۳۳. مختاری آزاد، طلعت: اپیدمیولوژی آنفلوانزا در: عزیزی، فریدون. حاتمی، حسین. جانقریبانی،

محسن. اپیدمیولوژی و کنترل بیماریهای شایع در ایران، مرکز تحقیقات غدد درون‌ریز و

متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی، نشر اشتیاق، سال ۱۳۷۹، صفحات ۹۹-۴۸۵

۳۵. سایت و انتشارات سازمان دامپزشکی کشور