



METODOLOGIA DE SUPRAVEGHERE A INFECȚIEI URLIENE

I. Denumirea și încadrarea bolii

Infecția urliană se poate manifesta clinic prin următoarele forme:

- **Oreion/ Parotidita epidemică** (Cod CIM: B26),
- **Orhita urliană** (Cod CIM: B26.0) sau **Ooforita urliană**,
- **Pancreatita urliană** (Cod CIM: B26.3),
- **Meningita urliană** (Cod CIM: B26.1),
- **Encefalita urliană** (Cod CIM: B26.2),
- **Oreionul cu alte complicații** (Cod CIM: B26.8),
- **Oreionul fără complicații** (Cod CIM: B26.9).

II. Fundamentare

Infecția urliană, boală acută a cărei etiologie este reprezentată de virusul urlian, larg răspândită în lume sub diferite forme de manifestare, are impact semnificativ asupra stării de sănătate a populației, în special la copii, adolescenți și adulți tineri. Prevenirea infecției și a consecințelor sale posibile este realizabilă prin vaccinare.

Oreionul (parotidita) se caracterizează prin febră, tumefierea și sensibilitatea uneia sau mai multor glande salivare – de obicei glandele parotide și uneori glandele sublinguale sau submaxilare. Parotidita poate fi unilaterală sau bilaterală și durează de obicei 7-10 zile la persoanele nevaccinate. Simptomele prodromale sunt nespecifice, constând în mialgie, anorexie, stare de rău, cefalee și subfebrilitate. Până la 40-50% din infecțiile urliene au fost asociate cu simptome respiratorii, în special la copiii cu vârsta sub 5 ani. Oreionul poate duce la pierderea auzului neurosenzorial atât la copii, cât și la adulți.

Orhita, cel mai frecvent unilaterală, apare la 20-30% dintre bărbații aflați la vârsta post-pubertară, însă sterilitatea este extrem de rară. Orhita urliană a fost raportată însă ca fiind un factor de risc pentru cancerul testicular.



Pancreatita, de obicei ușoară, apare la 4% din cazuri.

Meningita aseptică simptomatică apare la un procent de până la 10% din cazurile de oreion; pacienții se vindecă de obicei fără complicații, deși mulți necesită spitalizare.

Encefalita urliană este rară (1-2/100.000 de cazuri), dar poate duce la sechele permanente, cum ar fi paralizia, convulsiile și hidrocefalia, având o rată de fatalitate de 1%.

Infecția urliană în timpul primului trimestru de sarcină a fost asociată cu avortul spontan.

Cadrul general al supravegherii epidemiologice și controlul infecției este reglementat atât în Uniunea Europeană (*Regulamentul (UE) 2022/2371, 2018/945/CE*, cu recomandarea raportării cazurilor prin sistem Tessa), cât și în legislația din România (*H.G. nr. 657/2022, Ordinul MS 1738/2022 pentru raportare și HG nr. 423/2022, respectiv Ordinul MS nr. 964/2022 privind Programele Naționale de Sănătate*).

Ținând cont de recomandările Organizației Mondiale a Sănătății (OMS), fiecare țară membră a OMS trebuie să adapteze sistemul de supraveghere a infecției urliene în funcție de specificul epidemiologic existent.

În acest context se adoptă prezenta **“Metodologie de supraveghere a infecției urliene”**, în concordanță cu legislația din România în vigoare și cerințele UE.

III. Scop

Cunoașterea situației epidemiologice și controlul infecției urliene pe teritoriul României.

IV. Obiective

Depistarea cazurilor de infecție urliană în vederea limitării apariției/ extinderii focarelor.

V. Definiții de caz

Infecția urliană

Criterii clinice

Orice persoană care prezintă **febră și cel puțin un** criteriu dintre următoarele trei:

1. Apariția bruscă a unei tumefieri a glandei parotide sau a altor glande salivare
2. Orhită
3. Meningită

Criterii de laborator

Cel puțin un criteriu dintre următoarele trei:

1. Izolarea virusului urlian dintr-o probă clinică
2. Detectarea acidului nucleic al virusului urlian
3. Formarea **anticorpilor specifici virusului urlian caracteristici infecției acute**, în ser sau în salivă.



*Rezultatele de laborator trebuie interpretate în funcție de statusul vaccinal

Criteria epidemiologice

Legătura epidemiologică prin contact cu un caz confirmat cu laboratorul.

Clasificarea cazurilor

A. Caz posibil*

Orice persoană care îndeplinește criteriile clinice.

**Clasificarea ca și parotidită caz posibil se poate realiza pentru un caz confirmat clinic, netestat cu laboratorul sau pentru un caz cu simptomatologie clinică sugestivă pentru parotidită și rezultat de laborator echivoc/negativ (serologie IgM).*

B. Caz probabil

Orice persoană care îndeplinește criteriile clinice și prezintă o legătură epidemiologică cunoscută (cu un caz confirmat cu laboratorul în perioada de maxim **25** zile anterior debutului)

C. Caz confirmat

Orice persoană care îndeplinește criteriile clinice, nevaccinată recent (cu 6 săptămâni înainte de debutul bolii) și care corespunde criteriilor de laborator (diagnostic de laborator).

În cazul vaccinării recente (pentru cazurile investigate cu laboratorul): orice persoană la care se detectează o tulpină a virusului sălbatic urlian.

VI. Tip supraveghere și populația țintă

Pasivă, bazată pe depistarea, raportarea și investigarea epidemiologică a tuturor cazurilor posibile de infecție urliană, după caz, investigarea etiologică a situațiilor definite prin metodologie.

Populația: toți rezidenții României.

VII. Perioada de supraveghere

Permanent.



VIII. Culegerea și validarea datelor

a. Sursa datelor:

- toți furnizorii de servicii medicale.

b. Raportare:

- raportarea cazurilor de infecție urliană se face conform HG 657/2022.

Fiecare caz va primi un cod unic la prima sa raportare pe **Fișa Unică de Raportare (FUR)** și acest cod unic se va menține pe **fișa specifică de supraveghere a infecției urliene**.

Acest cod este emis de către DSP județean/a municipiului București.

Notă: DSPJ și a Municipiului București vor introduce în RUBT suspiciunile de infecție urliană și vor raporta la Institutul Național de Sănătate Publică - Centrul Național de Statistică în Sănătate Publică atât cazurile confirmate cu laboratorul, cât și pe cele posibile și probabile.

c. Formulare de raportare:

c.1. Fișa unică de raportare (FUR), completată de furnizorul de servicii care a emis diagnosticul de infecție urliană (parotidită epidemică/ oreion sau alte manifestări ale infecției specifice, precum meningita sau orhita/ooforita, encefalita, pancreatita).

c.2. Fișa de supraveghere a infecției urliene (ANEXA 1), completată după finalizarea investigației epidemiologice, primirea rezultatelor de laborator și clasificarea cazului.

c.3. Buletin de însoțire al probelor biologice pentru diagnosticul infecției urliene/ detecția virusului urlian (ANEXA 2).

c.4. Ancheta epidemiologică preliminară/finală (ANEXA 5) - În cazul apariției unor focare (min. 3 cazuri/ focar), DSPJ o va completa și trimite - **în 24 de ore** de la constituirea focarului, respectiv **în maxim 48 de ore** de la închiderea focarului.

IX. Circuitul informațional

Pentru toate cazurile de infecție urliană depistate, toți furnizorii de servicii medicale vor completa **fișa unică de raportare (conform HG 657/2022)**, care va urma circuitul prevăzut în ordinul MS nr.1738/2022.

1. **Medicul de familie, medicul din ambulator și medicul din spital**, pe baza simptomatologiei clinice, emite un diagnostic (ex: parotidita epidemică cu sau fără alte manifestări) în baza căruia completează FUR-ul, pe care îl trimite **în max.5 zile** la DSP județean/a municipiului București. În FUR sunt menționate criteriile clinice de diagnostic, după caz legăturile epidemiologice ale cazului sau diagnosticul de laborator (dacă acesta a fost realizat într-un laborator de spital/ privat).



2. DSP județene și a Mun. București, prin medicul epidemiolog:

- completează fișele de supraveghere a infecției urliene (**ANEXA 1**) după finalizarea investigației epidemiologice și clasificarea cazului și le vor transmite în format folio lizibil, lunar, doar la INSP - CRSP până cel târziu pe data de **10** a lunii următoare, spre verificare și validare. **Toate informațiile din fișa de supraveghere sunt obligatoriu de completat corect!**
- trimite buletinele de analiză primite de la orice laborator în care a fost realizată testarea către INSP - CRSP, în cel mai scurt timp
- efectuează și completează **Ancheta epidemiologică preliminară/ finală a focarului infecție urliană**, respectiv clasificarea cazurilor din focar. În cazul apariției unor focare (min. 3 cazuri/ focar), DSPJ va completa și trimite ancheta preliminară - în 24 de ore de la constituirea focarului, respectiv ancheta finală în maxim 48 de ore de la închiderea focarului

3. Secția de epidemiologie din INSP – CRSP:

- verifică și validează fișele primite de la DSPJ și introduce datele din fișele de supraveghere în baza unică de date în format EpiInfo, creată de INSP-CNSCBT și distribuită către INSP-CRSP
- actualizează baza de date EpiInfo cu rezultatele de laborator, în cel mai scurt timp posibil
- trimite fișele (scanate pe e mail/ fax/ poștă) către INSP - CNSCBT **până la data de 15** ale lunii.
- transmite prin e-mail baza unică EpiInfo completată lunar, **până la data de 15 ale lunii în curs** pentru luna precedentă către INSP – CNSCBT
- comunică în cel mai scurt timp rezultatele (**ANEXA 3**) la DSP județeană/a municipiului București și la INSP – CNSCBT pentru probele lucrate în laboratorul INSP-CRSP.

4. INSP - CNSCBT

- pune la dispoziție INSP - CRSP baza de date EpiInfo
- centralizează la nivel național baza de date EpiInfo lunar
- verifică și validează fișele primite de la DSPJ și introduce datele din fișele de supraveghere în baza unică de date în format EpiInfo
- actualizează baza de date EpiInfo cu rezultatele de laborator, în cel mai scurt timp posibil



- comunică în cel mai scurt timp rezultatele (**ANEXA 3**) la DSP județeană/a municipiului București pentru probele lucrate în laboratorul LNSP.

5. Laboratoare implicate în diagnostic, inclusiv INCDMM Cantacuzino și LNSP*

- Comunică, conform legislației în vigoare, în cel mai scurt timp, rezultatele la DSP județeană/a municipiului București și la INSP - CNSCBT (conform **ANEXA 3**) prin e-mail și/sau fax.

**Dacă spitalul în care este izolat cazul suspect are posibilitatea de diagnostic, rezultatele de laborator ale probelor recoltate se vor trimite către DSP județeană/a municipiului București, care le vor atașa fișelor specifice de supraveghere și vor completa datele în fișe.*

ALERTA:

În situația apariției unui focar în colectivitate, a unor forme complicate/ grave sau a unui eveniment neașteptat/necunoscut suspectat de a fi legat de o infecție urliană - acesta va fi raportat telefonic imediat la DSP județeană/a municipiului București.

DSP județeană/a municipiului București va raporta aceste date la INSP - CRSP în aceeași zi, iar INSP - CRSP va transmite raportarea la INSP - CNSCBT prin intermediul raportării zilnice conform Ordinului MS nr. 1738/2022.

X. Investigarea cu laboratorul

Se recoltează probe biologice (ex: ser, exudat, salivă) conform protocolului de laborator (**ANEXA 4**) de la cazurile diagnosticate clinic "infecție urliană", încadrate la diagnosticul CIM B26 și conform criteriilor stabilite prin prezenta metodologie.

Probele biologice recoltate de la cazurile investigate conform criteriilor de selectare cuprinse în metodologie pot fi lucrate în:

- **gratuit**, în laboratorul LNSP sau INSP-CRSP cel mai apropiat, fiind trimise de către DSP județean în teritoriul căreia a fost recoltată proba, împreună cu "Buletinul de însoțire al probei pentru diagnosticul infecției urliene (ANEXA 2)"
- în funcție de situație, în alte laboratoare, inclusiv laboratoarele din cadrul spitalelor unde cazul este izolat

NOTĂ:

1. Cazurile de meningită virală (meningite cu lichid clar) depistate, ale căror semne și simptome clinice **nu** sugerează o altă etiologie și pentru care **nu** a fost identificată o altă etiologie prin examene de laborator, se vor testa și pentru infecția urliană. Pentru acestea, se vor testa **probe de ser (nu LCR)** în laboratoarele LNSP/ INSP-CRSP.

Codul de criotub este același cu codul înscris pe fișa unică de raportare, fișa de supraveghere a infecției urliene și pe buletinul de însoțire al probei.



Pentru cazurile posibile de infecție urliană vaccinate recent cu un produs vaccinal cu conținut de antigen urlian (ultimele 6 săptămâni), precum și pentru cazurile care au călătorit, în perioada de incubație a bolii (12-25 zile anterior debutului) în țări/regiuni în care, la momentul respectiv, este cunoscută evoluția unor epidemii de parotidită urliană, se va recolta un set de probe biologice (ser, salivă, exsudat faringian – în aceeași zi!) în vederea detecției/izolării virusului urlian (genotipare).

Prelevarea, procesarea și transportul probelor clinice pentru detecția/izolarea virusului urlian se realizează conform protocolului (**ANEXA 4**).

Probele biologice recoltate în vederea **genotipării** vor fi trimise către INCDMM Cantacuzino, iar plata acestor testări se asigură din P.N.II.1 – Boli transmisibile prioritare.

Rezultatele de laborator (identificarea anticorpilor specifici) trebuie interpretate în concordanță cu statusul vaccinal!

Algoritm interpretare rezultate

Diagnosticul serologic

a. Detecția anticorpilor de clasă IgM

- Anticorpilor de clasă IgM sunt detectabili în ser la 2 - 4 zile după debutul simptomelor, ating un vârf la aproximativ 1 săptămână, persistă timp de circa 3 luni și sunt rareori detectabili mai mult de 6 luni după infecție.
- Prezența acestor anticorpi sugerează o infecție recentă.
- **Absența anticorpilor IgM specifici nu infirmă diagnosticul** (dat fiind sensibilitatea redusă a testelor). Astfel, în prezența simptomatologiei relevante și în absența altui diagnostic dovedit, cazul va fi diagnosticat în baza criteriilor clinice și/sau epidemiologice.

b. Detecția anticorpilor specifici de clasă IgG

- Necesită probe duble de ser recoltate la o distanță de 12-14 zile pentru urmărirea evoluției anticorpilor
 - Se bazează pe demonstrarea dinamicii semnificative (creșterea titrului de anticorpi de cel puțin 4 ori) sau a seroconversiei (absența anticorpilor în prima probă și apariția acestora în cea de a doua probă de ser)
 - Nu este recomandată, dat fiind că este rareori evidențiată în practică
- Prezența anticorpilor specifici de clasă IgG, în absența anticorpilor de clasă IgM, sugerează o infecție cu virus urlian în antecedente sau imunizare prin vaccinare.

Virusurile parainfluenza 1, 2 și 3, virusul Epstein-Barr (EBV), adenovirusurile și human herpesvirus 6 (HHV-6) pot interfera cu rezultatele testării serologice pentru infecția urliană.

Diagnosticul molecular:

- Confirmare prin detecția acidului nucleic viral în probe biologice



XI. Responsabilități

Direcțiile de sănătate publică județene și a municipiului București, prin compartimentul de epidemiologie a bolilor transmisibile, sunt responsabile de buna desfășurare a tuturor activităților descrise mai sus, cât și de instruirea tuturor medicilor de familie și a medicilor specialiști de boli infecțioase din spitale.

Centrele regionale de sănătate publică, prin secția de epidemiologie a bolilor transmisibile, vor sprijini, coordona și superviza activitățile desfășurate în DSPJ arondate, asigurând suportul tehnic în situațiile în care acestea întâmpină dificultăți sau în situația în care calitatea supravegherii este sub parametrii de performanță.

XII. Analiza datelor

La nivel județean:

- nr. cazuri infecție urliantă pe tipuri de manifestări, grupe de vârstă, sex, status vaccinal
- nr. focare pe trimestru/ an
- acoperirea vaccinală pe județ la prima și la a doua doză de vaccin RRO

La nivel regional:

- incidența trimestrială/anuală a infecției urliene pe tipuri de manifestări, grupe de vârstă, sex, status vaccinal
- nr. focare pe trimestru/ an/ regiune
- acoperirea vaccinală pe județe/pe regiune la prima și la a doua doză de vaccin RRO

La nivel național:

- incidența trimestrială/anuală a infecției urliene pe tipuri de manifestări, grupe de vârstă, sex, status vaccinal
- nr. focare pe trimestru/ an/țară
- acoperirea vaccinală la nivel național la prima și la a doua doză de vaccin RRO

XIII. Feed – back și diseminare:

a) La nivel local:

- DSPJ transmite clasificarea finală a cazului către medicul de familie
- DSPJ informează lunar rețeaua medicală județeană

b) La nivel regional:

- secția de epidemiologie din cadrul INSP-CRSP elaborează analiza regională trimestrială a cazurilor și o trimite județelor arondate și către INSP-CNSCBT

c) La nivel național:

- INSP-CNSCBT elaborează rapoarte anuale de analiză națională, pe care le postează pe site.



XIV. Intervenția:

Atitudinea față de caz

Izolare:

- a. la domiciliu cu respectarea condițiilor de izolare;
- b. în spital (pentru cazurile cu complicații sau pentru grupele populaționale la risc precum persoanele cu imunodepresie).

În situația spitalizării cazurilor, personalul medico-sanitar va respecta precauțiunile standard, precum și pe cele specifice pentru bolile cu transmitere aerogenă. Unitatea spitalicească anunță cazul spitalizat la DSPJ – Compartimentul de Epidemiologie a Bolilor Transmisibile, în vederea inițierii investigației epidemiologice.

Cazul va fi exclus din colectivitate (școală, loc de muncă) 10 – 14 zile sau până la dispariția semnelor clinice de boală, după caz.

Se va realiza dezinfectia curentă a obiectelor contaminate cu secreții nazale sau faringiene, provenite de la caz.

Atitudinea față de contacti

Pentru un pacient în perioada infectantă (cu 7 zile înainte de debutul simptomatic al infecției și până la 14 zile după aceea), vor fi considerați contacti următorii:

- contacti apropiați: de domiciliu (persoanele receptive din aceeași locuință) și orice persoană receptivă care a avut în îngrijire bolnavul
- contacti de comunitate: copiii și adulții receptivi din aceeași colectivitate (grădiniță, școală, instituții de îngrijire de zi etc), dacă sunt întrunite condițiile epidemiologice ale transmiterii infecției.

Notă: Contact = orice persoană receptivă care a venit în contact cu o sursă de infecție (clinic manifestă, oligosimptomatic sau asimptomatic, în perioada lor de contagiozitate) într-o modalitate care a permis preluarea “în ștafetă” a agentului infecțios.

Contactii vor fi urmăriți clinic pe toată durata de incubație maximă a bolii (21 zile).



	Comunitate	Universitate sau cămin studentesc	Școală (învățământ preuniversitar)	Locul de muncă
Probabilitate mică	Festival sau târg într-o comunitate cu interacțiuni sociale puțin frecvente în rândul participanților	Săli de lectură; dormitoare individuale	Săli de clasă fără cazuri	Etajul unei clădirii cu sală de recreere comună
Probabilitate moderată	Persoane care merg la biserică; grupuri care desfășoară activități recreative cu întâlniri puțin frecvente; cor	Grup social; casă/dormitoare comune; activități extracurriculare nesportive	Săli de clasă unde există cazuri; activități după programul de școală, altele decât cele sportive	Grupul de lucru pentru realizarea unui proiect, cu întâlniri zilnice
Probabilitate mare	Comunitate mare cu legături strânse, gospodărie sau grup social; sală de fitness cu mai multe persoane care desfășoară activități sportive într-un spațiu restrâns; încăperi aglomerate, cum ar fi barurile și cluburile	Casă cu mulți locatari/dormitoare comune cu nr. mare de paturi; echipe sportive	Ora de educație fizică sau alte cursuri care implică activități cu contact apropiat; grup de prieteni; echipe sportive	Grup de angajați care socializează în mod frecvent

Măsuri de prevenire și control în focarele de colectivitate

Generale

Contagiozitatea virusului urlian este similară cu cea a virusurilor gripale și a virusului rubeolic, dar este mai scăzută în comparație cu cea a virusului rujeolic.

Se va efectua verificarea sistematică a antecedentelor vaccinale (conform calendarului național de vaccinare) ale tuturor contactilor, mai ales la grupele de vârstă la care există cei mai mulți susceptibili la boală. Vaccinul împotriva oreionului este parte componentă a vaccinului RRO (Rujeolă-Rubeolă-Oreion), disponibil în România din anul 2004.



Vaccinarea acestor contacti receptivi se recomandă:

a) pentru a avea toate dozele la zi, conform schemei de vaccinare

b) când nu există dovada antecedentelor vaccinale, situație în care persoana este considerată neimunizată. În acest context, este recomandată vaccinarea catch-up, care trebuie realizată în primele 72 de ore după contactul cu un caz, putând astfel preveni îmbolnăvirea.

Copiii cu vârsta sub 1 an, în primele 72 de ore de la contactul cu un caz posibil sau confirmat, li se va administra 1 doză de vaccin RRO începând cu vârsta de 9 luni, acești copii urmând să fie vaccinați cu RRO conform calendarului, începând cu vârsta de 12 luni.

Notă: Dozele de vaccin RRO administrate sub vârsta de 1 an nu reprezintă vaccinări conform vârstei și nu vor fi luate în considerare, copilul urmând să primească ulterior 2 doze de vaccin RRO conform Calendarului Național de Vaccinare.

Informarea populației

Populația generală din zonele la risc trebuie informată, prin intermediul mass-media, despre apariția unor focare de infecție urliană în teritoriul respectiv și încurajată să respecte măsurile de prevenire nespecifică, precum și măsurile de prevenire specifică, îndeosebi prin completarea vaccinărilor în rândul copiilor, adolescenților și adulților tineri.

Specifice

Instituțiile pentru îngrijiri de zi

În cazul apariției unui focar de infecție urliană la copiii cu vârste sub 1 an, trebuie instituite următoarele măsuri:

- copiii cu vârste sub 1 an vor primi o doză de vaccin RRO începând cu vârsta de 9 luni,
- vaccinarea post-expunere a personalului receptiv care lucrează în instituția pentru îngrijiri de zi.

Instituții de învățământ preuniversitar și universitar

Când medicul unei unități de învățământ este informat de apariția unuia sau mai multor cazuri posibile de infecție urliană în instituția respectivă, acesta va trebui:

- să participe la investigația epidemiologică
- să supravegheze colectivitatea în care a apărut cazul pe perioada de incubație maximă a bolii și să îndrume contactii cazului către medicul de familie
- să verifice informațiile privind statusul imun al cazurilor și contactilor împreună cu medicii de familie din zona din care face parte unitatea
- să participe la diseminarea informației privind măsurile de prevenire specifice și nespecifice, către elevi, personalul didactic și familiile elevilor
- să se asigure că măsurile de control în unitatea de învățământ sunt aplicate și respectate



Instituții de îngrijiri medicale

Când un caz de infecție urliană este internat într-o secție de spital sau în caz de apariție a unui focar într-o instituție de îngrijiri medicale, trebuie informată echipa de specialiști în prevenirea și controlul infecțiilor asociate asistenței medicale (SPIAAM/CPIAAM) din instituția respectivă. Referitor la expunerea personalului medical, aceasta este definită drept contactul mucoaselor orale sau nazale ale personalului medical susceptibil cu saliva infecțioasă cu 7 zile înaintea debutului tumefacției parotidiene la pacientul sursă, până la 10 zile după producerea ei.

În evaluarea expunerii la **oreion** a personalului medical, trebuie luate în considerare următoarele:

- statusul imunitar al persoanei expuse;
- frecvența contactului cu persoana infectată;
- apropierea la mai puțin de 1 metru de persoana infectată;
- durata contactului față în față cu persoana infectată;
- dacă s-a purtat echipament individual de protecție adecvat.

Echipa SPIAAM/CPIAAM trebuie să identifice contactii în rândul pacienților spitalizați și să aplice cele mai adecvate măsuri de prevenire a răspândirii infecției la bolnavii asistați și la personalul medico-sanitar.



ANEXA 1

FIȘA DE SUPRAVEGHERE A INFECȚIEI URLIENE

JUDEȚUL: _____

Data raportării la DSPJ ___/___/_____

DATE DE IDENTITATE

COD DE CAZ.....Sex: M F Data nașterii: ___/___/___

Domiciliul (str. loc. jud.) _____

Locul incubăției: Județ, localitate _____

Țara (după caz) _____

Ocupația _____ Colectivitatea _____

Înscriș la medic de familie DA NU

DATE CLINICE

Diagnostic clinic (bifați):

febră și una din următoarele : inflamația glandei parotide/altor glande salivare orhită ooforită

meningită encefalită pancreatită

Data debut simptome: ___/___/_____

Spitalizat DA NU Data internării: ___/___/_____ Data externării: ___/___/_____

Complicații: DA/ NU

Orhită Ooforită Mastită Tiroidită Meningoencefalită Artrită Altele

(specificați) _____

Decedat : DA/ NU Data deces: ___/___/_____ Diagnostic deces: _____

Examen anatomopatologic: Rezultatul _____

DATE DE LABORATOR

Ser 1 : Data recoltării ___/___/_____ Data trimiterii la laborator: ___/___/_____

Data primirii rezultatelor: ___/___/_____ Rezultatul: IgM: pozitiv Ig G: pozitiv

negativ negativ

echivoc echivoc

Ser 2 (după caz): Data recoltării ___/___/_____ Data trimiterii la laborator: ___/___/_____

Data primirii rezultatelor: ___/___/_____ Rezultatul: IgM: pozitiv Ig G: pozitiv

negativ negativ

echivoc echivoc

Salivă/Exsudat faringian: Data recoltării ___/___/_____ Data trimiterii la laborator: ___/___/_____

Data primirii rezultatelor: ___/___/_____ Rezultatul _____

DATE EPIDEMIOLOGICE

Antecedente de infecție urliană : DA NU Nu știu

Antecedente vaccinale anti-urliene: Vaccinat: DA NU Nu știu

Doza I ___/___/_____ Doza a-II-a ___/___/_____ Doza a-III-a ___/___/_____

Context epidemiologic (bifați):

A avut contact cu un caz de infecție confirmat cu laboratorul, cu 12-25 zile înainte de debut?

DA NU Dacă DA, contact cu bolnav în: familie colectivitate altele (specificați) _____

A călătorit în ultimele 12-25 zile DA NU Dacă DA, unde ? _____ când? _____

CLASIFICAREA CAZULUI

Data clasificării finale a cazului: ___/___/_____

POSIBIL (confirmat clinic, netestat sau testat cu rezultat negativ și simptomatologie clinică sugestivă)

PROBABIL: CONFIRMAT: INFIRMAT:

(confirmat prin link epidemiologic) (cu laboratorul)

Sursa de infecție: importat autohton în legătură cu caz importat

Semnătură medic epidemiolog,

Data completării: ___/___/_____



ANEXA 2

Unitatea sanitară.....
Str.....Nr.....LocalitateaJudețul.....
Tel./Fax.....

BULETIN DE ÎNSOȚIRE A PROBELOR BIOLOGICE PENTRU DIAGNOSTICUL INFECȚIEI URLIENE/ DETECȚIA VIRUSULUI URLIAN

Către,

Laboratorul.....

Vă rugăm să efectuați detecția IgM anti-virus urlian/detecția virusului urlian din proba biologică..... recoltată la data de.....de la:

Inițiale

Data nașterii..... Sex.....

Codul*.....

Diagnostic clinic.....

Caz sporadic focar

Data debutului clinic.....

Număr doze vaccin:.....

Data administrării dozei I: ____/____/____

Data administrării dozei a-II-a: ____/____/____

Data trimiterii ____/____/____

Semnătura și parafa medicului

* *Codul de criotub este același cu codul înscris pe fișa unică de raportare și pe fișa de supraveghere*



ANEXA 3

LABORATOR

BULETIN DE ANALIZE

Nr. din data.....

DSP.....

Cod de caz:.....

Data nașterii:.....

Sex:.....

Tipul analizei:.....

Data recoltării probei:.....

Data primirii probei:.....

Data testării probei:.....

Data rezultatului:.....

Rezultat:.....

Semnătura și parafa șef laborator:



ANEXA 4

PRELEVAREA, PROCESAREA ȘI TRANSPORTUL PROBELOR CLINICE PENTRU DETECȚIA VIRUSULUI URLIAN

Pentru detecția virală vor fi recoltate probe cât mai aproape de debutul clinic al sindromului inflamator parotidian (primele trei - opt zile de la debutul inflamației parotidei)

a. Probele respiratorii pentru detecția ARN/virus urlian

Momentul recoltării: probele trebuie să fie recoltate de îndată ce este posibil după debut (ideal 1- 3 zile).

Tehnica recoltării, stocarea și transportul probelor

Cel mai bun rezultat pentru detecția moleculară se obține din tampoanele bucale recoltate după masarea glandelor parotide timp de 30 secunde. Se pot obține rezultate pozitive și din tampoanele faringiene, din saliva produsă de celelalte glande salivare sau din lichidul cefalorahidian în caz de meningism/meningită.

Tampoanele se pun într-un tub ce conține 2-3 ml de mediu de transport pentru virusuri (VTM).

Probele trebuie transportate în maximum 24 - 48 ore. Dacă nu se pot transporta imediat, se vor conserva prin congelare la (-)70 °C.

b. Probe pentru serologie

Recoltarea probelor de sânge se va face în condiții aseptice în vacutainere EDTA.

Sângele nu trebuie să fie supus condițiilor (înghețarea sau agitarea tubului) care produc hemoliză.

Serul / plasma trebuie să fie centrifugate cel puțin 15 minute la 3300 rpm și celulele separate cât mai repede posibil (în decurs de 4 ore). Pentru testarea serologică de rutină: probele sunt stocate pentru o săptămână la temperaturi de 2-8 °C. Pe termen lung, probele trebuie stocate la temperaturi între -20 °C și -70 °C.

Probele pot fi transportate la Laboratorul Național de Sănătate publică din cadrul INSP, laboratoarele INSP-CRSP, laboratorul spitalului sau la laboratoarele INCDMM "Cantacuzino", pentru testare.

*Probele de urină **nu sunt preferate** pentru detecția virusului urlian prin diagnostic molecular.*



ANEXA 5

Ancheta epidemiologică preliminară / finală a focarului de infecție urliană

Județul/ Localitatea

Colectivitatea/ comunitatea

Data debut cazuri

Data ultimului caz

Nr persoane colectivitate/ comunitate

Nr total bolnavi

Distribuția pe sexe

Distribuția pe grupe de vârstă

Distribuția pe clase

Antecedentele vaccinale ale cazurilor/ contactilor

Forme clinice de manifestare

Complicații

Clasificarea cazurilor

Măsuri

- vaccinare etc.

ABREVIERI

DSPJ = direcții de sănătate publică județene

INSP = Institutul Național de Sănătate Publică

CNSCBT = Centrul Național de Supraveghere și Control al Bolilor Transmisibile

CRSP = Centrele Regionale de Sănătate Publică din INSP

HG = Hotărâre de Guvern

LNSP = Laborator Național de Sănătate Publică

INCDMM Cantacuzino = Institutul Național de Cercetare Dezvoltare Medico-Militară Cantacuzino

MS = Ministerul Sănătății

ROR = vaccin împotriva rujeolei – oreionului – rubeolei



REFERINȚE

- Măgureanu, E, Busuioc, C, Bocârnea C - *“Practica epidemiologică în bolile transmisibile (în ajutorul medicului de medicină generală)”*, Editura medicală, București 1988.
- Voiculescu, Gh. M. - *“Boli infecțioase”*, vol. II, Editura medicală, București, 1990”.
- Evans A, Kaslow A. – *“Viral Infections of Human – Epidemiology and Control”*, 4th edition, 1997.
- Ivan, A – *“Tratat de Epidemiologie a Bolilor Transmisibile”*, Editura Polirom, 2002”
- Plotkin S, Orenstein V, Offit P – *“Vaccines”*, 5th edition, 2008.
- Nathan Litman. Stephen G. Baum *Mumps Virus* - in Mandell, Douglas, and Bennett’s Principles and Practice of Infectious Diseases, 7th edition, Churchill Livingstone, Elsevier, 2010, 2201-2206
- Laborator Synevo. *Referințe specific tehnologiei de lucru utilizate 2010*. Ref Type: Catalog.
- http://www.insp.gov.ro/cnscbt/index.php?option=com_docman&Itemid=50 *“Ghid de laborator pentru diagnosticul rujeolei, rubeolei și parotiditei epidemice”* - 2011
- Heymann, D. L. - *“Manual de management al bolilor transmisibile”*, ediția a-19-a. București: Amaltea, 2012.
- Mayo Clinic. Mayo Medical Laboratories. *Test Catalog: Mumps Virus Antibody, IgG and IgM, Serum*. www.mayomedicallaboratories.com.
- Mumps Surveillance Protocol for Ontario Hospitals, Revised May 2019
- New York State Department of Health, Bureau of Immunization – Mumps Outbreak Control Guidelines, March 2021
- Heymann, D. L. - *“Control of Communicable Diseases Manual”*, ed. 21, 2022
- <https://www.cdc.gov/mumps/index.html>
- <https://www.ecdc.europa.eu/en/mumps>

Autori:

Dr. Alina Zaharia – medic primar epidemiologie, INSP-CNSCBT
Dr. Nina Necula - medic specialist epidemiologie, INSP-CNSCBT



Cuprins

I. Denumirea și încadrarea bolii	1
II. Fundamentare	1
III. Scop.....	2
IV. Obiective.....	2
V. Definiții de caz	2
VI. Tip supraveghere și populația țintă	3
VII. Perioada de supraveghere	3
VIII. Culegerea și validarea datelor	4
IX. Circuitul informațional	4
X. Investigarea cu laboratorul	6
XI. Responsabilități	8
XII. Analiza datelor	8
XIII. Feed – back și diseminare:.....	8
XIV. Intervenția:	9
Atitudinea față de caz	9
Atitudinea față de contacti	9
Probabilitatea transmiterii infecției urliene.....	10
Măsuri de prevenire și control în focarele de colectivitate	10
Generale	10
Specifice	11
ANEXA 1	13
ANEXA 2	14
ANEXA 3	15
ANEXA 4	16
ANEXA 5	17
ABREVIERI	17
REFERINȚE.....	18