



Metodologie de supraveghere a scarlatinei in Romania

I. Denumirea si incadrarea bolii

Scarlatina

Codul bolii (CIM 10): A38

II. Fundamentare

Scarlatina este o boala infectioasa bacteriana, determinata de anumite serotipuri de streptococ beta hemolitic de grup A (SGA, *Streptococcus pyogenes*), care produc toxina eritrogena sau eritrottoxina. Conform legislatiei actuale, scarlatina este o boala cu raportare obligatorie de catre furnizorii de servicii medicale.

III. Scopul supravegherii

Cunoasterea numarului de cazuri si/sau focare de scarlatina pe teritoriul Romaniei in scopul aplicarii masurilor de prevenire si control.

IV. Obiectivele sistemului

1. Identificarea cazurilor de scarlatina pentru aprecierea magnitudinii bolii
2. Identificarea focarelor de scarlatina in colectivitati in scopul aplicarii masurilor de control si prevenirii epidemiilor
3. Identificarea tulpinilor circulante de SGA (fenotip), izolate din focarele de scarlatina

V. Definitie

Pentru caz

Criterii clinice:

- orice persoana cu varsta ≤ 14 ani care intruneste urmatoarele trei criterii: angina, febra, eruptie cutanata micropapuloasa eritematoasa aspra la pipait.

Criterii de laborator:

- izolarea SGA prin cultura exsudatului faringian.

Criterii epidemiologice:

- legatura epidemiologica cu un caz confirmat de scarlatina.

Clasificarea cazurilor:

Posibil: orice persoana cu varsta ≤ 14 ani, care intruneste criteriile clinice si:

- nu s-a recoltat exsudat nazofaringian dintr-un motiv justificat

sau

- rezultatul investigatiei de laborator este negativ datorita administrarii de antibiotic inaintea recoltarii exsudatului nazofaringian

Probabil: orice persoana cu varsta ≤ 14 ani, care intruneste criteriile clinice si are legatura epidemiologica cu un caz confirmat

Confirmat: orice persoana cu varsta ≤ 14 ani, care intruneste criteriile clinice si de laborator

Pentru focar:

- este definit ca aparitia a cel puțin 3 cazuri (confirmate/ probabile) de scarlatina într-o colectivitate (scoala, gradinita, etc.) raportate la distanta de maximum 10 zile unul fata de celalalt si cu legatura epidemiologica intre cazuri.

VI. Tip supraveghere si populatia tinta

Supraveghere pasivă:

-orice medic de familie, medic din colectivitate (scoala, gradinita), medic din cabinet privat, medic din spital (sectie de pediatrie, sectie de boli infectioase) trebuie să raporteze cazul depistat conform HG 589/2007.

Populatia luata in supraveghere:

-populatia Romaniei cu varsta \leq 14 ani.

Perioada de supraveghere:

- permanent

Culegerea si validarea datelor

1.Sursa date:

- toti furnizorii de servicii medicale

2.Raportare/frecventa raportarii:

- raportarea cazurilor de scarlatina se face conform HG 589/2007. Fiecare caz va primi un cod la prima sa raportare pe Fisa Unica de Raportare (FUR), iar acest cod va fi mentinut si pe fisa de supraveghere (Anexa1). Acest cod de caz este emis de catre DSP judetean/a municipiului Bucuresti.

3.Formulare de raportare:

- FUR completata de furnizorul de servicii medicale care a emis suspiciunea de scarlatina

- fisa de supraveghere a scarlatinei va fi completata dupa efectuarea investigatiei epidemiologice si clasificarea cazului (nu se va astepta rezultatul analizelor referitoare la genotipare si fenotipare) de catre medicul epidemiolog din DSP judetean/ a municipiului Bucuresti. Fisa de supraveghere va fi completata doar pentru cazurile cu varsta \leq 14 ani , iar medicul care semneaza fisa are responsabilitatea de a verifica corectitudinea datelor specificate

- fisa raportare focar va fi completata in momentul informarii asupra aparitiei focarului si la finalul anchetei epidemiologice de catre DSP judetean/ a municipiului Bucuresti

- fisa de urmarire a cazurilor de scarlatina (Anexa 2) va fi completata de catre DSP judetean/ a municipiului Bucuresti la 30 de zile de la debutul cazului, pe baza buletinelor de analize primite de la medicii de familie care dispensarizeaza cazurile

4. Baza de date:

- va fi creata la nivel national pe baza fiselor de supraveghere primite de la DSP judetean/ a municipiului Bucuresti. Responsabilitatea validarii lunare a datelor revine atat INSP-CRSP (Anexa 3) cat si CNSCBT

VII. Circuitul Informational

- *FUR* va urma circuitul prevazut in ordinul MS nr.1466/2008, fiind trimisa in maxim 5 zile catre DSP judeteana/ a municipiului Bucuresti. *FUR* va fi introdusa de catre DSP judeteana/a municipiului Bucuresti in registrul unic de boli transmisibile, urmand ca registrul unic sa fie trimis spre validare catre INSP-CRSP.

- *fisa de supraveghere* fara buletinul de analize va fi trimisa prin mail/fax, numai dupa ce cazul a fost clasificat, catre INSP-CRSP in primele 10 zile ale lunii urmatoare. Buletinele de analize vor ramane in cadrul DSP judeteana/a municipiului Bucuresti, putand fi furnizate INSP-CRSP si /sau CNSCBT daca sunt solicitate.

- Focarele de scarlatina

- in cazul focarelor de colectivitate DSP judeteana/a municipiului Bucuresti va informa in aceeasi zi CRSP-ul despre aparitia focarului si acesta va informa CNSCBT prin intermediul raportarii zilnice-Ordin 1466. DSP judeteana/a municipiului Bucuresti este responsabila de efectuarea anchetei epidemiologice pe baza careia va fi completata fisa de raportare a focarului.
- *fisa raportare focar* cu datele preliminare va fi completata de catre DSP-ul judeteana/a municipiului Bucuresti in momentul suspiciunii focarului de scarlatina si va fi trimisa pe mail/fax catre INSP-CRSP si CNSCBT. Fisa de raportare focar cu datele finale va fi completata **la 10 zile dupa debutul/izolarea ultimului caz din focar** si va fi trimisa catre INSP-CRSP si CNSCBT impreuna cu fisa de supraveghere a cazurilor din focar si cu macheta excel de raportare a focarului.

- *Fisa de urmarire a cazurilor de scarlatina* va fi trimisa trimestrial catre INSP-CRSP si CNSCBT in data de 25 a lunii urmatoare

- *Baza de date* in format Epi Info, creata la nivel national, va fi completata si actualizata de catre INSP-CRSP pe baza fiselor de supraveghere primite si va fi trimisa prin mail in data de 25 a lunii urmatoare catre CNSCBT.

VIII. Laborator

1.Aspecte generale

Cultura din proba de exsudat faringian este “investigatia de aur” pentru diagnosticul anginelor streptococice. Daca exsudatul este recoltat corect, cultura are o precizie de 90-95% in diagnosticul anginelor streptococice.

Nu se vor folosi teste rapide pentru diagnosticul anginelor streptococice, deoarece nu sunt specifice.

Recoltarea probelor de exudat faringian se face inainte de inceperea tratamentului cu antibiotic.

2. Cazurile sporadice :

-deoarece scarlatina este o boala care necesita izolare si supraveghere clinica si cu laboratorul, exsudatul faringian va fi recoltat de regula in spital, buletinul de analiza fiind trimis pentru completarea fisei de supraveghere catre DSPJ/a municipiului Bucuresti.

-daca spitalul nu are posibilitatea efectuarii acestei analize sau daca este refuzata internarea, proba recoltata in spital va fi trimisa catre DSP judeteana/ a municipiului Bucuresti cu respectarea conditiilor de prelevare, conservare si transport.

-in cazul in care se refuza prezentarea la spital, medicul de familie recolteaza exsudatul faringian cu respectarea conditiilor de prelevare, conservare si transport sau trimite cazul pentru recoltarea probei (Anexa 4) catre un laborator acreditat.

3. Focar:

- DSP-urile judetene si al municipiului Bucuresti efectueaza izolarea Streptococcus pyogenes din probele de exsudat faringian pentru cazuri si contacti.
- daca DSPJ nu are posibilitatea efectuarii testelor de laborator, probele biologice recoltate (exsudate faringiene) de la caz si contactii din focar (insotite de Fisa de insotire a probelor biologice pentru diagnosticul scarlatinei Anexa 5) vor fi trimise pentru confirmare, catre unul din laboratoarele INSP-CRSP.
- pentru 10% din tulpinile izolate cu Steptococcus pyogenes in focar la nivelul laboratorului DSPJ/INSP, va fi efectuata tipizarea fenotipica, pe baza buletinului de insotire (Anexa 6) astfel:

- gratuit in cadrul laboratoarele INSP
- contra-cost in cadrul laboratoarelor acreditate
- rezultatele analizelor de laborator (exsudat) vor fi trimise catre DSPJ/a municipiului Bucuresti care au recoltat proba si catre CNSCBT.

IX. Responsabilitati

In cazurile sporadice:

- Medicul care suspecteaza cazul de scarlatina, trimite imediat persoana suspecta de scarlatina la cel mai apropiat spital de boli infectioase/cu sectie de boli infectioase pentru evaluare clinica si recoltarea probelor biologice in vederea realizarii diagnosticului de laborator.
- Daca pacientul refuza trimiterea la spital, medicul de familie recolteaza exsudatul faringian sau va trimite cazul pentru recoltarea probei catre un laborator acreditat.
- Daca pacientul la care se suspecteaza scarlatina nu are medic de familie, acesta va fi informat de catre medicul care a stabilit diagnosticul asupra necesitatii dispensarizarii si inscrierii la un medic de familie.

In focar:

- Medicul de colectivitate va anunta la DSP focarele de minim 3 cazuri confirmate/ probabile de scarlatina
- DSP-ul se poate autosesiza in functie de informatiile primite de la furnizorii de servicii medicale de existenta unui focar de scarlatina
- DSP-ul va realiza investigatia epidemiologica a focarului, va recolta probe de la cazurile suspecte si de la contacti, va completa fisele de supraveghere dupa ce cazurile au fost clasificate si va completa fisa pentru focar. Daca probele de exsudat au fost trimise pentru tipizarea fenotipica si genotipare si cazul este clasificat, nu este necesara asteptarea acestor rezultate pentru trimiterea fisei de supraveghere.
- DSP-ul va completa si trimite, in primele 24 de ore de la raportarea suspiciunii de focar, datele preliminarea in fisa focarului urmand ca dupa finalizarea investigatiei epidemiologice sa fie completate datele finale. Daca in focar sunt afectate si persoane cu varsta de peste 14 ani, pentru acestea va fi completata doar fisa unica de raportare in registrul de boli transmisibile, urmand ca informatiile despre aceste cazuri sa fie trecute in fisa de raportare a focarului la rubrica "Alte precizari". Dispensarizarea cazurilor din focar va fi facuta prin

medicul de familie, care va elibera si avizul medical pentru intoarcerea in colectivitate a copilului.

- o Cazurile de scarlatina care nu au medic de familie vor fi informate de catre DSPJ/a municipiului Bucuresti asupra necesitatii dispensarizarii si inscrierii la un medic de familie.

DSP-urile prin compartimentul de epidemiologie a bolilor transmisibile sunt responsabile de buna desfasurare a tuturor activitatilor descrise mai sus, cat si de instruirea/informarea tuturor medicilor de familie, medicilor din colectivitati si a medicilor specialisti de boli infectioase.

Centrul National de Supraveghere si Control al Bolilor Transmisibile va sprijini, coordona si superviza desfasurarea activitatii DSP-urilor si INSP-CRSP-urilor asigurand suport in situatiile in care acestea intampina dificultati. CNSCBT va realiza si valida baza de date nationala, furnizand trimestrial si anual catre DSPJ/ a municipiului Bucuresti si INSP-CRSP analiza datelor.

Medicul de familie are un rol major in urmarirea si dispensarizarea cazurilor izolate sau din focarele de angina streptococica/scarlatina:

- urmarirea evolutiei simptomatologiei la 72 de ore dupa administrarea tratamentului daca pacientul a fost izolat la domiciliu

- urmarirea contactilor familiari ai cazului de angina streptococica/scarlatina timp de 10 zile de la izolarea ultimului bolnav

- in cazul pacientilor cu istoric personal, familial de reumatism articular acut si cu exsudat pozitiv, se va efectua exsudat faringian tuturor contactilor familiari chiar daca sunt simptomatici sau asimptomatici.

- daca un pacient are mai mult de 3 episoade simptomatice de angina streptococica in ultimele 3 luni, se va recolta exsudat faringian de la toti contactii din familie. Toate persoanele care prezinta Streptococ de grup A in cultura vor fi tratate chiar daca sunt sau nu simptomatici

- daca intr-o familie au fost mai mult de 3 cazuri de angina streptococica/ scarlatina in ultimele 3 luni, tuturor membrilor din familie li se va recolta exsudat faringian si orice purtator va fi tratat.

- dispensarizarea cazului consta in: examene clinice si de laborator (examen de urina) saptamanale (in saptamanile 2, 3,4) si examene clinice lunare in lunile 2 si 3 de la debutul bolii. La 30 de zile de la debutul bolii se recomanda efectuarea ASLO, VSH si fibrinemiei. Daca investigatiile de laborator sunt modificate, in vederea stabilirii conduitei terapeutice corecte, pacientul va fi trimis catre sectia de boli infectioase. Pentru cazurile de scarlatina (probabile si confirmate) care fac parte din focare, buletinele de analiza (ASLO, VSH, fibrinemie) vor fi trimise la DSP judetean/a municipiului Bucuresti. In cazul in care aceste analize nu au fost efectuate se vor preciza motivele neefectuarii.

Repetarea investigării exsudatului faringian la sfârșitul tratamentului cu antibiotic se face prin intermediul medicului de familie și este recomandată în următoarele situații:

- ✓ istoric de febra reumatică
- ✓ angine streptococice recurente în cadrul familiilor
- ✓ angina streptococică/ scarlatina apărută în focare de colectivități închise sau parțial închise
- ✓ angina streptococică/ scarlatina în focare de febra reumatică acută sau glomerulonefrită poststreptococică.

X. Date de raportare:

- conform *Fisei de supraveghere a cazului de scarlatina (Anexa 1)*
- la Centrul Național de Statistică și Informatică în Sănătate Publică se vor raporta **doar cazurile probabile și confirmate cu scarlatina.**

XI. Analiza datelor

- incidența trimestrială/anuală a infecției cu SGA pe grupe de vârstă, sex, regiune și mediu de rezidență

XII. Informare și diseminare

- DSP județeană/ a municipiului București va transmite clasificarea finală a cazului către medicul de colectivitate/medicul de familie; va investiga focarele de colectivitate și va recomanda măsurile ce se impun; va informa lunar rețeaua medicală județeană.
- INSP- CRSP are rolul de verificare și validare a datelor transmise în Registrul Unic și a în baza de date
- CNSCBT va transmite trimestrial și anual analiza datelor către INSP-CRSP-uri și DSP-uri

XIII. Măsuri de control și măsuri de prevenție

A. Măsuri de control în colectivitate

1. Cazuri izolate de scarlatina

Medicul de colectivitate:

- la apariția unui caz posibil de scarlatina într-o colectivitate, medicul de colectivitate trimite cazul la medicul de familie sau la cel mai apropiat spital pentru recoltarea exsudatului faringian și instituirea tratamentului antibiotic adecvat;
- dacă DSP primește informații de la alți furnizori de servicii medicale despre un caz posibil dintr-o colectivitate, va informa medicul de colectivitate despre acest caz;
- pentru cazurile izolate de scarlatina apărute în colectivitate care nu respectă definiția de focar va efectua ancheta epidemiologică în colectivitate și vor fi implementate măsurile necesare (triaj epidemiologic al contactilor, dezinfectie, informare părinți-scrisoare de informare furnizată de DSP- Anexa 7) sub îndrumarea DSPJ/ a municipiului București conform Ordinului nr. 5.298 din 7 septembrie 2011

2. Focar de scarlatina

DSP județean/ al municipiului București

- intervine în focarul de scarlatina din colectivitate numai în momentul când este respectată definiția

- la aparitia celui de-al 3-lea caz intr-o colectivitate (focar de scarlatina), medicul de colectivitate anunta focarul telefonic la DSPJ/ a municipiului Bucuresti care efectueaza ancheta epidemiologica si recolteaza probe biologice (exsudat faringian) de la cazuri (daca nu au fost prelevate probe de catre spital/medic de familie/laborator) si de la contactii acestora (colegii de clasa/grupa etc.).

B. Atitudine fata de caz izolat si/ sau cazuri din focar

- cazurile confirmate/ probabile vor fi izolate timp de 48 de ore de la inceperea antibioterapiei. Instituirea tratamentului antibiotic se realizeaza dupa recoltarea probei de exsudat faringian;
- convalescentii de scarlatina vor fi urmariti in continuare de catre medicul de familie/de colectivitate, pentru efectuarea corecta a tratamentului si a controalelor de laborator, precum si a controalelor clinice periodice pana la constatarea starii de sanatate;
- fostii bolnavi de scarlatina vor fi primiti in colectivitate in functie de starea clinica, pe baza avizului medical dat de catre medicul de familie.

Tratamentul cu antibiotic, de electie in cazurile de angina streptococica/scarlatina:

- pentru persoane care nu sunt alergice la penicilina - penicilina sau amoxicilina pentru o perioada de 10 zile;
- pentru persoane care sunt alergice la penicilina - cefalosporina de generatia I, clindamicina sau claritromicina pentru o perioada de 10 zile.
- daca nici unul din aceste antibiotice nu este disponibil, poate fi administrata azitromicina pentru o perioada de 5 zile.

C. Atitudine fata de contacti ai cazurilor izolate si /sau din focar :

Identificarea tuturor contactilor din colectivitate si/sau familiari este realizata de catre medicul de colectivitate/medicul de familie si DSPJ.

1. Contactii familiari

- vor fi supravegheati de catre medicul de familie timp de 10 zile de la depistarea ultimului caz,
- examenul bacteriologic (exsudat faringian) se efectueaza cu precadere la contactii familiari, care frecventeaza sau lucreaza intr-o colectivitate prescolara/ scolara, sau care lucreaza in sectorul sanitar, in unitatile de alimentatie publica si de preparare si desfacere a produselor alimentare (de cofetarie, produse lactate);
- purtatorii de SGA depistati se trateaza in ambulatoriu timp de 10 zile cu Penicilina V;
- in cazul in care nu este posibila efectuarea examenului de laborator la contacti, se recomanda efectuarea aceluiasi tratament indicat pentru purtatori.

2. Contactii din colectivitati prescolare si scolare

- vor fi supravegheati zilnic de catre medicul de colectivitate timp de 10 zile de la aparitia ultimului caz de scarlatina;
- contactii de clasa/grupa febrili si/sau cu angina eritematoasa vor fi investigati cu laboratorul (exsudat faringian) pentru depistarea SGA; acestora li se va administra tratament profilactic pana la primirea rezultatelor de laborator (identice cu cel efectuat pentru purtatorii de SGA); dupa obtinerea rezultatelor de laborator se intrerupe tratamentul la cei negativi si se continua in cazul anginelor eritematoase cu SGA timp

de 10 zile; intoarcerea in colectivitati se poate face dupa 48 de ore de la administrarea tratamentului si prezentarea avizului epidemiologic.

D. Atitudine fata de purtatorii de Streptococ de grup A

- sunt tratati cu antibiotic in situatiile urmatoare:
 - fac parte din: focare de angina streptococica/scarlatina din colectivitati partial inchise si inchise, reumatism articular acut, glomerulonefrita acuta poststreptococica, infectii streptococice invazive, focare familiale de reumatism articular acut, focare familiale repetate de angine streptococice/scarlatina
 - daca locuieste cu un pacient care are reumatism articular acut
 - daca are reumatism articular acut
 - daca lucreaza in spital, unitati de asistenta sociala, unitati de asistenta medico-sociala, sectorul alimentar, invatamant
 - acestia vor fi trimisi catre sectia de boli infectioase si vor urma schema terapeutica prescrisa de medic, fiind dispensarizati prin medicul de familie, conform recomandarilor facute de medicul de boli infectioase.

E. Masuri de preventie:

- Spalarea corecta a mainilor cu apa si sapun este pasul cel mai important in prevenirea acestei infectii.
- Dezinfectia in focarul de scarlatina detectat intr-o unitate de educare a copiilor (gradinite, crese, scoli), se efectueaza de catre unitatea de invatamant (conform Ordinului nr. 1.033 din 18 august 2004 privind modificarea si completarea Ordinului nr. 1955 / 1995 pentru aprobarea Normelor de igiena privind unitatile pentru ocrotirea, educarea si instruirea copiilor si tinerilor) cu dezinfectanti uzuali la care SGA este sensibil.
- Se va face educatie sanitara adresata in special personalului didactic, parintilor, copiilor si angajatilor din sectorul alimentar, privind modalitatile de transmitere a scarlatinei si riscul afectiunilor poststreptococice.

XIV. Analiza epidemiologica:

- numar de cazuri si rata incidentei pe luna si an, grupe de varsta, sex, medii si arie geografica;
- rata de atac.

XV. Indicatori de evaluare a sistemului de supraveghere:

- % din judetele care raporteaza corect (complet si la timp) la INSP-CRSP regional;
- % din cazurile suspecte la care investigatia epidemiologica a fost declansata de catre medicul epidemiolog in primele 24 de ore de la anuntarea focarului;
- % din cazurile posibile care au fost confirmate;
- % din cazurile confirmate cu sursa de infectie cunoscuta.

Aronizarea judetelor pe INSP-CRSP

1. **INSP- CRSP Bucuresti:** *Arges, Braila, Buzau, Calarasi, Constanta, Dambovita, Ialomita, Ilfov, Giurgiu, Prahova, Teleorman, Tulcea, Bucuresti.*
2. **INSP-CRSP Iasi:** *Bacau, Botosani, Galati, Iasi, Neamt, Suceava, Vaslui, Vrancea.*
3. **INSP-CRSP Cluj:** *Alba, Bihor, Bistrita Nasaud, Brasov, Cluj, Covasna, Harghita, Maramures, Mures, Satu Mare, Salaj, Sibiu.*
4. **INSP-CRSP Timisoara:** *Arad, Caras Severin, Dolj, Gorj, Hunedoara, Valcea, Olt, Mehedinti, Timis.*

Recoltarea, stocarea si transportul exsudatului faringian

Materiale necesare pentru recoltare

- Tamponane de bumbac (recoltoare sterile cu sau fara mediu de transport Amies, Stuart)
- Apasator de limba steril
- Sursa de lumina
- Masca
- Manusi
- Ochelari de protectie

Momentul optim al recoltarii

Se recomanda prelevarea exsudatului faringian in cursul fazei acute a bolii, inaintea inceperii tratamentului cu antibiotice.

Recoltarea se face dimineata, inainte de masa si de spalarea pe dinti, sau la cel putin 4 ore dupa ultima ingestie de alimente sau lichide.

Metoda de recoltare a exsudatului faringian

- Asezati pacientul cat mai confortabil, cu capul usor inclinat pe spate.
- Dirijeaza lumina catre cavitatea bucala a pacientului
- Apasati limba cu apasatorul de limba. Folosind o sursa puternica de lumina se localizeaza zona de inflamatie si exsudatul de la nivelul faringelui posterior si al amigdalelor
- Frecati zona inainte si inapoi cu un tampon dacron sau de alginat de calciu. Extrageți tamponul fara a atinge obrazii, dintii sau gingiile si introduceti-l in tubul protector steril si etichetat. Daca prelevatul nu poate fi transportat in maxim 2 ore la laborator, se introduce tamponul in tubul cu mediu de transport;
- Rupeti extremitatea superioara a tijei tamponului fara sa atingeti tubul si insurubati bine capacul tubului
- Etichetati proba prelevata.
- Completati formularul de cerere pentru laborator.

Stocare si transport

Prelevatul faringian trebuie transportat si prelucrat cat mai repede posibil, de preferat in mai putin de 2 ore, pentru a reduce dezvoltarea in exces a florei comensale orale si a pastra viabilitatea microorganismelor.

Daca proba nu poate fi prelucrata imediat dupa recoltare, se introduce in mediu de transport (Stuart sau Amies), care este transportat la laborator la temperatura intre 2° si 8°C. Timpul de transport optim este de 24-48 ore.

Neconformitati

Prelevatul poate fi refuzat de laborator in urmatoarele cazuri:

- absenta etichetei pe tubul cu esantionul de exsudat
- absenta cererii de analiza
- date absente, incomplete sau indecifrabile necesare identificarii pacientului
- tampon necorespunzator (in afara termenului de valabilitate, deteriorat, uscat sau deschis etc.)
- absenta mediului de transport, daca tamponul este adus la laborator dupa mai mult de 2 ore dupa prelevare

Transportul tulpinilor de *Streptococcus pyogenes*

Tulpinile de *Streptococcus pyogenes* izolate de la contactii cazurilor de scarlatina aparute in focare din colectivitati scolare/prescolare pot fi conservate prin insamantarea mediului de transport (Stuart sau Amies) sau a mediului geloza cu 5% sange de oaie (in tub “geloza in panta”), iar dupa incubarea la 35-37°C timp de 24 ore, culturile dezvoltate se vor pastra la 2°...8°C. Timpul maximum de refrigerare (pentru pastrarea viabilitatii tulpinii de *Streptococcus pyogenes*) este de o luna pana la momentul transportarii.

Conditii optime de transport al tulpinilor conservate: la temperatura de 2°...8°C.

Timp de transport: optim maximum 48 ore.

**FISA DE INSOTIRE A PROBELOR BIOLOGICE
PENTRU DIAGNOSTICUL SCARLATINEI**

Trimisa de catre spital..... DSP

Cod caz : _____

Data nasterii : _____ Sex: F M

Localitate....judet....

Data debutului bolii : __ / __ / ____

Context:

caz sporadic

caz din focar daca da focar colectivitate focar familial Contact cu cazul cod caz.....

Data internarii in spital/izolarii la domiciliu : __ / __ / ____

Data recoltarii probei : __ / __ / ____

Data trimiterii probei : __ / __ / ____

Tratament antibiotic administrat inaintea recoltarii probei biologice: DA NU

daca DA ce antibiotic:_____cat timp: _____

Semnatura si parafa medic:

DSPJ ----- /INSP-CRSP _____

**FISA DE INSOTIRE A TULPINILOR DE STREPTOCOCCUS PYOGENES PENTRU
TIPIZARE FENOTIPICA**

Cod caz : _____

Denumire focar:

Data izolarii tulpinii: __/__/_____

Date primirii tulpinii: __/__/_____

Rezultat tipizare fenotipica: confirmare serogrup A si serotipare T _____

Semnatura si parafa medic

Model

Anexa 7

Scrisoare de informare a parintilor copiilor din colectivitati despre aparitia unor cazuri de scarlatina

Dragi parinti,

Va informam ca in clasa copilului dumneavoastra a fost diagnosticat un caz de scarlatina.

Desi scarlatina este de obicei o boala usoara, trebuie sa fie tratata cu antibiotic recomandat de catre medic, pentru a reduce riscul de complicatii si raspandirea bolii.

Semne si simptome:

Scarlatina debuteaza cu febra, gat rosu (angina) simptome care pot fi insotite de durere de cap, varsaturi, frison si limba zmeurie. La 1-2 zile de la debutul bolii, apare o roseata a pielii sub forma de pete rosii mici plate, care ulterior devin usor proeminente, aspre la pipait (senzatie de smirghel). Desi obrazii ar putea avea un aspect imbujorat, poate exista o paloare in jurul buzelor.

In cazul in care copilul dumneavoastra prezinta aceste semne si simptome, va recomandam.

- consultati medicul de familie cat mai curand posibil
- asigurati-va ca tratamentul recomandat de medic este urmat corect
- ***pentru a evita raspandirea bolii nu duceti copilul in colectivitate decat cu avizul medicului de familie***

Principala masura de prevenire a acesti boli este spalarea corecta a mainilor cu apa si sapun ori de cate ori este necesar

Directia de Sanatate Publica are in observatie aceasta colectivitate si va interveni in momentul cand va exista un focar, (cel putin 3 cazuri de scarlatina care sunt raportate la distanta de maximum 10 zile unul fata de celalalt si care s-au imbolnavit prin transmiterea bolii de la un copil la altul).

Cu respect,

Directia Judeteana de Sanatate Publica....