

VESTNÍK



Čiastka 19-23

Dňa 30. júna 2010

Ročník 58

OBSAH:

Normatívna časť:

22. Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky k diagnostike a liečbe invazívnych mykóz
23. Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o štandardizácii mikrobiologickej diagnostiky črevných kampylobakteriôz
24. Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky na vykonávanie laboratórnej diagnostiky infekcie onkogénnymi ľudskými papilomavírusmi v prevencii karcinómu krčka maternice
25. Rozhodnutie o zmene zriaďovacej listiny Martinskej fakultnej nemocnice
26. Rozhodnutie o zmene zriaďovacej listiny Fakultnej nemocnice L. Pasteura v Košiciach
27. Rozhodnutie o zmene zriaďovacej listiny Fakultnej nemocnice s poliklinikou Bratislava
28. Smernica Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. s-16160-1/2010-OKVAS zo dňa 2.6.2010 o vybavovaní sťažností

Oznamovacia časť:

Oznámenie o stratách pečiatok

22.**Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky
k diagnostike a liečbe invazívnych mykóz**

Dňa: 24.5.2010

Číslo: 08956/2010-OZS

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky podľa § 45 ods. 1 písm. b) zákona 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov vydáva toto odborné usmernenie:

Čl. I**Predmet úpravy**

Odborného usmernenie upravuje diagnostiku a liečbu invazívnych mykotických infekcií a ustanovuje štandardné postupy.

Čl. II**Výskyt a klinické prejavy**

(1) Invazívne mykózy sú mykotické infekcie postihujúce vnútorné orgány a orgánové systémy. Vyskytujú sa väčšinou u pacientov s poruchou imunitného systému – onkologických pacientov a najmä onkohematologických pacientov, pacientov na jednotkách intenzívnej starostlivosti a pacientov so závažnými chronickými ochoreniami. Vyvolávateľmi mykotických infekcií sú kvasinkové mikroorganizmy a patogény zo skupiny vlákňitých húb.

(2) Výskyt invazívnych mykóz závisí od

- a) stupňa rizika populácie pacientov s imunodeficitom, medzi ktorých patria pacienti
 - 1. s akútnou leukémiou,
 - 2. podstupujúci transplantácie krvotvorných buniek,
 - 3. podstupujúci orgánové transplantácie (najmä pečene, srdca a pľúc),
 - 4. s inými hematologickými malignitami,
 - 5. novorodenci s nízkou pôrodnou hmotnosťou,
 - 6. diabetici s ketoacidózou,
 - 7. po rozsiahlych a opakovaných chirurgických zákrokoch,
 - 8. s Human Immunodeficiency Virus - HIV alebo Acquired Immune Deficiency Syndrome - syndróm získanej imunitnej nedostatočnosti - AIDS,
 - 9. s pľúcnou fibrózou s poklesom difúznej kapacity pod 40 % normálnych hodnôt,
 - 10. s invazívnou mykózou v anamnéze,
 - 11. s cystickou fibrózou,
 - 12. so závažným vrozeným alebo získaným imunodeficitom,
 - 13. s polytraumami alebo popáleninami,
 - 14. s preťažením železom,
- b) prítomnosti rizikových faktorov, ktorými sú
 - 1. neutropénia,
 - 2. dlhodobá liečba imunosupresívami,
 - 3. dlhodobá liečba systémovými steroidmi,
 - 4. liečba nukleozidovými analógmi, monoklónovými protilátkami, TNF-alfa blokátormi v predchádzajúcich troch mesiacoch,
 - 5. dlhodobá liečba širokospektrálnymi antibiotikami,

6. parenterálna výživa,
 7. centrálné cievne katétre,
 8. mukozitída,
 9. hemodialýza, peritoneálna dialýza a iné eliminačné metódy,
 10. reakcia štetu proti hostiteľovi,
 11. cytomegalovírusová infekcia,
 12. kolonizácia dvoch alebo viacerých miest,
 13. kontaminácia prostredia, konštrukčné a stavebné práce,
- c) diagnostických možností ako dôkaz infekcie je počas života pacienta často nepriamy, bez zachytenia vyvolávateľa; existencia moderných diagnostických metód a ich kombinovanie zvyšuje diagnostickú presnosť (senzitivitu a špecifickosť),
- d) klinických prejavov invazívnych mykóz, ktoré sú rôzne a závisia od
1. typu a miesta infekcie,
 2. vyvolávajúceho patogéna,
 3. imunitného stavu pacienta.

(3) Klinický obraz je u rizikových pacientoch vo včasnej fáze infekcie nešpecifický (napríklad perzistentná horúčka napriek adekvátnej antibiotickej liečbe) a preto vyžaduje pozornosť a ciele diagnostické kroky s následným terapeutickým riešením; invazívna mykóza môže vzniknúť aj u imunokompetentného pacienta.

Čl. III

Cieľové zdravotnícke zariadenia a zdravotnícki pracovníci

(1) Zdravotnú starostlivosť o pacientov s invazívnymi mykózami poskytujú tieto zdravotnícke zariadenia ústavnej zdravotnej starostlivosti:

- a) kliniky a oddelenia,¹⁾ ktoré poskytujú zdravotnú starostlivosť pre pacientov s hematologickými malignitami a transplantačné centrá (transplantácie krvotvorných buniek a orgánové transplantácie),
- b) kliniky a oddelenia infektológie,
- c) kliniky a oddelenia klinickej onkológie,
- d) kliniky a oddelenia anesteziológie a intenzívnej medicíny fakultných nemocníc a špecializovaných ústavov, oddelenia anesteziológie a intenzívnej medicíny mimofakultných nemocníc a špecializovaných ústavov,
- e) centrá popálenín,
- f) ambulancie kliník a oddelení uvedených v písmene a) až e), ktoré zabezpečujú pokračovanie profylaxie alebo liečby,
- g) laboratória klinickej mikrobiológie, alebo ďalšie laboratória zo zariadení spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek (ďalej len „SVLZ“), ktoré zabezpečujú diagnostiku pre kliniky a oddelenia, ktoré sú uvedené v písmene a) až e).

(2) Zdravotnú starostlivosť o pacientov s invazívnymi mykózami poskytujú zdravotnícki pracovníci, ktorí získali špecializáciu v týchto špecializačných odboroch:²⁾

- a) klinická mikrobiológia,
- b) hematológia a transfuziológia,
- c) klinická onkológia,
- d) infektológia,

¹⁾ § 16 ods. 2 vyhlášky Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 770/2004 Z. z., ktorou sa ustanovujú určujúce znaky jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení v znení neskorších predpisov.

²⁾ Príloha 1 nariadenia vlády č. 322/2006 Z. z. o spôsobe ďalšieho vzdelávania, sústave špecializačných odborov a sústave certifikovaných pracovných činností v znení neskorších predpisov.

- e) anesteziológia a intenzívna medicína,
- f) rádiológia (v cieľových zdravotníckych zariadeniach),
- g) klinická biochémia,
- h) plastická chirurgia,
- i) v prípade potreby diagnostiky a terapie aj z ďalších špecializačných odborov (pneumológia a ftizeológia).

Čl. IV

Diagnostické postupy

Diagnostika invazívnych mykóz je interdisciplinárny proces vyžadujúci spoluprácu viacerých odborností. Opiera sa o dostupné mikrobiologické, sérologické, histologické, rádiologické a biochemické metódy. Indikáciu diagnostických postupov, koordináciu jednotlivých vyšetrení, sumarizáciu a interpretáciu výsledkov ako aj liečbu registrovanými antimykotikami zabezpečuje ošetrojúci lekár³⁾ podľa postupov, ktoré sú uvedené v prílohe.

Dávkovanie antimykotík u invazívnej aspergilózy, invazívnej kandidózy (kandidémie) a dávkovanie antimykotík u detí je uvedené v tabuľkách. Ak je to potrebné, konzultuje sa na špecializovaných pracoviskách vo fakultných nemocniciach, špecializovaných ústavoch alebo národných ústavoch.

Čl. V

Indikácia špecializovaných diagnostických a liečebných výkonov

Indikácia špecializovaných diagnostických a liečebných výkonov, ktoré sú uvedené v prílohe, patrí do kompetencie ošetrojúcich lekárov a vedúcich lekárov v cieľových zdravotníckych zariadeniach (čl. III). Odporúčajú sa konzultácie medzi pracoviskami cieľových zdravotníckych zariadení, alebo preklad pacienta na špecializované pracovisko, ak je to potrebné.

Čl. VI

Indikačné opatrenia pre diagnostické a terapeutické postupy

Diagnostické metódy uvádzané v prílohe sú dostupné na vybraných zdravotníckych pracoviskách, ktoré pokrývajú sieť cieľových zdravotníckych zariadení (čl. III). Systémové antimykotiká používané na liečbu invazívnych mykóz podliehajú režimu rezervných antiinfektív a ich podanie je viazané na schválenie povereného člena nemocničnej komisie pre racionálnu antiinfekčnú liečbu a farmakoterapiu.

Čl. VII

Úmrtie na invazívnu mykózu

Pri úmrtí osoby s podozrením na invazívnu mykózu alebo liečenej na invazívnu mykózu v zdravotníckom zariadení, sa nariadi pitva.⁴⁾

Čl. VIII

Zrušujúce ustanovenie

Zrušuje sa Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky k diagnostike a liečbe invazívnych mykóz uverejnené vo Vestníku Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, čiastka 5 - 8, rok 2006.

³⁾ § 2 ods. 4 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

⁴⁾ § 48 ods. 3 písm. b) zákona č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

Čl. IX
Účinnosť

Toto odborné usmernenie nadobúda účinnosť dňom zverejnenia vo Vestníku Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky.

Richard Raši, v.r.
minister

Diagnostika invazívnych mykóz

1. Diagnostika invazívnych mykóz sa zakladá na kombinácii mikrobiologických metód, rádiologických vyšetrení a klinického obrazu u rizikových pacientov (čl. II). Mikrobiologické vyšetrenia sa skladajú z mikroskopie, cytologického vyšetrenia, kultivačných metód so stanovením citlivosti na používané antimykotiká a zo sérologických metód.

1.1. Mikrobiologické kritériá pre diagnostiku invazívnych mykóz sú:

- 1.1.1. pozitívna kultivácia mikromycét zo spúta alebo bronchoalveolárnej laváže (ďalej len „BAL“),
- 1.1.2. pozitívna kultivácia mikromycét /cytológia/ mikroskopický nález z prínosových dutín (ďalej len „PND“),
- 1.1.3. pozitívna cytológia/mikroskopický nález zo spúta, spútum musí byť z dýchacích ciest, BAL,
- 1.1.4. pozitívny aspergilový antigén (galaktomanán, ELISA, EIA test) vo vzorkách krvi alebo v BAL, cerebrospinálnom moku (ďalej len „CSF“); galaktomanán v krvi u rizikových pacientov sa odporúča monitorovať minimálne dvakrát do týždňa,
- 1.1.5. pozitívny 1,3 beta-D-glukán v krvi (ak je k dispozícii),
- 1.1.6. pozitívny kryptokokový antigén v krvi a/alebo v CFS, v moči,
- 1.1.7. pozitívna cytológia/mikroskopický nález elementov húb v sterilných telových tekutinách,
- 1.1.8. dve pozitívne vzorky moču na kvasinky (bez prítomnosti močového katétra); vylúčiť kontamináciu moču zo sliznice vonkajšieho genitálu,
- 1.1.9. pozitívna hemokultúra,
- 1.1.10. pozitívna polymerázová reťazová reakcia (ďalej len „PCR“) z relevantných vzoriek v kontexte s klinickým obrazom, vhodný materiál je krv, BAL, likvor (PCR diagnostika nie je zatiaľ štandardizovaná, napriek tomu je odporúčaná).

V prípade kandidových infekcií sa diagnostika môže oprieť o stanovenie manánu a antimanánu, najmä v ich kombinácii, ale nenahrádza štandardné metódy. V prípade kultivačného dôkazu patogéna sa odporúča testovanie citlivosti. Testovanie citlivosti patogénov na antimykotiká patrí medzi rutinné vyšetrenia SVLZ; odporúča sa vždy testovať citlivosť v prípade refraktérnej invazívnej mykózy (zlyhanie 1. línie liečby) alebo prielomovej kandidémie. U rizikových pacientov je vhodné testovanie patogénov každej invazívnej mykózy.

1.2. Rádiologické metódy

významným spôsobom pomáhajú v diagnostike i v sledovaní liečby invazívnych mykóz. Niektoré nálezy sa považujú za diagnostické. V prípade mykózy

- a) dýchacieho systému sa odporúča vyšetrenie vysokorozlišovacou počítačovou tomografiou (ďalej len „HRCT“), kde sa môže zobrazit' zápalový infiltrát v rôznych nálezoch (nálezy „halo“ znaku, „air- crescent“ znaku, kavitácie, nodulárne infiltráty bývajú typické pre invazívnu pľúcnu aspergilózu),
- b) prínosových dutín sa pri počítačovej tomografii (ďalej len „CT“) alebo magnetickej rezonancie (ďalej len „MRI“) získa obraz zápalovej infiltrácie dutín a/alebo deštrukcie skeletu PND, orbity, lebečnej bázy.
- c) centrálnej nervovej sústavy je typický CT a/alebo MRI obraz intracerebrálneho abscesu, meningitídy, vaskulitídy alebo infarktových ložísk.

1.3. Klinické príznaky

môžu mať významnú diagnostickú hodnotu. Aj keď niektoré klinické prejavy majú diagnostickú hodnotu slabšiu, u rizikových pacientov by mali iniciovať diagnostiku. Rozdeľujú sa podľa lokalizácie infekcie:

- 1.3.1. Klinické príznaky invazívnej pľúcnej mykózy sú kašeľ, bolesť na hrudníku, hemoptýza, dyspnoe, pleurálny trecí šelest.

1.3.2. Postihnutie prínosových dutín býva sprevádzané nádchou, kožnými alebo slizničnými ulceráciami na nose, periorbitálnym opuchom, bolesťami v oblasti PND, nekrotickými léziami až perforáciou tvrdého podnebia.

1.3.3. Invazívna mykóza CNS sa môže prejaviť fokálnymi neurologickými symptómami, mentálnymi zmenami, iritáciou meningov, prípadne abnormalitami v likvore.

1.3.4. Diseminovaná invazívna mykóza je charakterizovaná papulárnymi alebo nodulárnymi kožnými léziami a je potrebné ich histologicky vyšetriť, a/alebo známkami mykotickej chorioretinitídy a endoftalmitídy, a/alebo prítomnosťou ložísk v pečeni a slezine v prípade chronickej diseminovanej kandidózy (hepatolienálna kandidóza); prípadne septickým stavom spojeným s fungémiou.

2. Odporúčané diagnostické postupy pri podozrení a dokazovaní invazívnej mykózy

Pri klinickom podozrení na invazívnu mykózu (rizikový pacient, rizikový faktor a klinický obraz) sa odporúča vykonať nasledovné vyšetrenia:

2.1. invazívna pľúcna mykóza

2.1.1. HRCT pľúc,

2.1.2. antigenémia – galaktomanán, (1,3-beta-D-glukán v prípade dostupnosti),

2.1.3. bronchoskopia a BAL/ výplach z bronchov a jeho mikroskopické a kultivačné alebo histologické vyšetrenie, stanovenie galaktomanánu,

2.1.4. pľúcna biopsia.

Pri podozrení na pneumocystovú pneumóniu sa odporúča vykonať nepriamy imunofluorescenčný test a/alebo špecifické farbenie (striebro, Giemsa), prípadne PCR z materiálu z dolných dýchacích ciest.

2.2. sinoorbitálna invazívna mykóza

2.2.1. RTG/CT PND,

2.2.2. antigenémia – galaktomanán, (1,3-beta-D-glukán v prípade dostupnosti),

2.2.3. biopsia/aspirácia tkaniva PND a jeho mikroskopické a kultivačné resp., histologické vyšetrenie.

2.3. invazívna mykóza CNS

2.3.1. CT /MRI CNS,

2.3.2. biopsia/aspirácia lézie CNS a jej mikroskopické a kultivačné alebo histologické vyšetrenie,

2.3.3. antigenémia – galaktomanán, (1,3-beta-D-glukán – v prípade dostupnosti),

2.3.4. galaktomanán v likvore, kryptokokový antigén v likvore,

2.3.5. kompletne vyšetrenie likvoru - mikrobiologické, biochemické, cytologické,

2.3.6. hemokultúra.

2.4. diseminovaná invazívna mykóza

2.4.1. biopsia podozrivých lézií a ich mikroskopické a kultivačné alebo histologické vyšetrenie,

2.4.2. vyšetrenie očného pozadia (fundoskopia),

2.4.3. USG/CT pečene, sleziny, obličiek,

2.4.4. HRCT pľúc,

2.4.5. hemokultúra,

2.4.6. antigenémia – galaktomanán, (1,3-beta-D glukán v prípade dostupnosti), kandidový manán a antimanán.

2.5. fungémia

2.5.1. hemokultúry z periférnej žily a centrálného cievneho prístupu (ak je prítomný), prípadne iných cievnych vstupov,

2.5.2. kultivácia (semikvantitatívnou metódou) extrahovaného cievneho katétra, peritoneálneho katétra, dialyzátu,

2.5.3. pátranie po možnom zdroji (pľúca, abdomen, rany),

2.5.4. očné vyšetrenie (vylúčenie alebo potvrdenie retinitídy).

2.6. mykotická ezofagitída

2.6.1. endoskopické vyšetrenie (nález zápalu s bielymi povlakmi),

2.6.2. kultivácia vzoriek z lézií, mikroskopické vyšetrenie, histologické vyšetrenie.

2.7. mykotická infekcia urogenitálneho systému

2.7.1. kultivácia moču po odstránení katétra,

2.7.2. vyšetrenie močového sedimentu,

2.7.3. USG/CT obličiek,

2.7.4. hemokultúra.

2.8. endemické mykózy

(sporotrichóza, histoplazmóza, kokcidiodomykóza, parakokcidiodomykóza), blastomykóza.

V prípade pozitívnej anamnézy návštevy endemickej oblasti u pacienta s klinickými prejavmi systémovej alebo invazívnej mykózy je potrebné potvrdiť diagnózu histopatologickým a/alebo kultivačným vyšetrením, sérologickým vyšetrením, prípadne ich kombináciou. U pacientov, ktorí navštívili endemickú oblasť po prvýkrát je výhodné urobiť aj kožné testy so špecifickým antigénom.

3. Liečba invazívnych mykóz

3.1. Stratégia použitia antimykotík

Každé cieľové pracovisko by malo mať vypracovanú stratégiu starostlivosti o rizikových pacientov (čl. II, ods.1). Do tejto stratégie sú zahrnuté nasledovné postupy:

a) *profylaxia* - použitie antimykotika v prevencii invazívnej infekcie u rizikových pacientov,

b) *empirická liečba* - terapeutické podanie antimykotika u pacientov s možnou invazívnou mykózou, kde hlavným kritériom je perzistujúca horúčka napriek adekvátnej antibiotickej liečbe,

c) *preemptívna liečba* - podanie antimykotika pri pravdepodobnej invazívnej mykóze u rizikovej populácie pacientov. Pri tejto stratégii sa opiera o nepriame diagnostické testy (napr. galaktomanán), zobrazovacie metódy (CT), ktoré sa používajú na základe pravidelného monitoringu alebo v prípade objavenia sa klinických ťažkostí pacienta,

d) *cielená liečba* - podáva sa v prípade dokázaného patogéna a upravuje sa podľa aktuálnej znalosti citlivosti na antimykotikum.

Jednotlivé postupy sa môžu prelínať a vzájomne ovplyvňovať, napríklad použitie lieku v profylaxii limituje jeho použitie v terapii; iniciálna empirická liečba sa nahrádza cielenou v prípade dokumentácie vyvolávateľa.

3.1.1. Profylaxia invazívnych mykóz

je overený a účinný spôsob komplexnej starostlivosti o pacientov s vysokým rizikom vzniku invazívnych mykóz. Pacienti vhodní na primárnu antimykotickú profylaxiu sú pacienti po transplantácii krvotvorných buniek; po transplantácii pečene, pľúc/srdca; s počtom CD4 lymfocytov menej ako 200/mm³; v indukčnej liečbe akútnej leukémie,

3.1.1.1. v primárnej profylaxii pacientov

a) s akútnymi myeloidnými leukémiami alebo myelodysplastickým syndrómom v indukčnej liečbe a pacientov po alogénnej transplantácii krvotvorných buniek s reakciou štepú voči hostiteľovi (ďalej len „GvHD“) je indikovaný posakonazol v dávke 600 mg denne,

b) po alogénnej transplantácii, vrátane pacientov s GvHD možno použiť vorikonazol (400 mg/deň),

c) v ostatných rizikových skupinách je možné podávanie flukonazolu 100 - 400 mg/deň; itrakonazolu 200 - 400 mg/deň; alebo aplikáciu *) amfotericínu B,

d) po transplantácii krvotvorných buniek možno podávať *) mikafungín (50 mg/deň),

*) * liek sa používa len v ústavnom zdravotníckom zariadení.

3.1.1.2. v sekundárnej profylaxii

sa liečba odvíja od patogéna, ktorý spôsobil mykotickú infekciu a predpokladanej účinnosti antimykotika

a) po prekonanej kandidóze alebo kryptokokóze sa odporúča flukonazol 200 – 400 mg/deň alebo itraconazol 200 - 400 mg/deň,

b) sekundárna profylaxia aspergilózy je založená na podávaní vorikonazolu 6 mg/kg/deň, posakonazolu 600 mg/deň, prípadne *amfotericínu B 0.25 mg/kg/d. i. v., v indikovaných prípadoch aj v lipidovej forme,

c) prevencia pneumocystózy sa zakladá na podávaní kotrimoxazolu 960 mg/deň trikrát do týždňa; alternatívne možno použiť aj druho líniové lieky vhodné na liečbu pneumocystózy.

Pri použití uvedených antimykotík v profylaxii je potrebné prispôbiť následnú stratégiu eventuálnej liečby. Dĺžka profylaktického podávania antimykotika je individuálna a závisí od trvania aktuálneho rizika vzniku invazívnej mykózy

- v prípade neutropenického pacienta s akútnou leukémiou po indukčnej liečbe sa odporúča podávať do vzostupu neutrofilov $>500 \text{ mm}^3$;

- u pacientov po alogénnej transplantácii sa odporúča podávať profylaxiu do zníženia ťažkej imunosupresie a prípadného zlepšenia/vymiznutia GvHD,

- u najrizikovejších chirurgických pacientov (pacienti po reoperáciách, s perforáciou GIT-u, s významnou kolonizáciou) je možné zvážiť profylaktické podávanie antimykotika.

3.1.2. Empirická liečba invazívnych mykóz

Cieľom empirickej liečby invazívnych mykóz je terapeutický zásah vo včasnom štádiu infekcie bez jednoznačného dôkazu patogéna. Týka sa pacientov s možnou invazívnou mykózou. Najviac skúseností s empirickou liečbou je v skupine pacientov s hematologickými malignitami a neutropéniou. Empirickú antimykotickú liečbu sa odporúča zvážiť u pacientov v prípade perzistentnej horúčky, ktorá pretrváva tri až sedem dní napriek dostatočne dávkovanej širokospektrálnej antibiotickej liečbe.

Začiatok antimykotickej terapie a výber antimykotika závisí od klinického stavu a rizikových faktorov pacienta, pravdepodobného patogéna (lokálna epidemiologická situácia, aktuálny stav citlivosti/rezistencie, klinický priebeh, laboratórne vyšetrenia, zobrazovacie metódy), použitej profylaxie a skúseností ošetrojúceho lekára.

Podľa kritérií medicíny založenej na dôkazoch sú v tejto indikácii odporúčané *kaspofungín a *lipozomálny amfotericín, alternatívou je liečba *lipidickými amfotericínmi, konvenčným *amfotericínom a vorikonazolom. U pacientov bez neutropénie (napr. rizikovní chirurgickí pacienti na JIS/OAIM) je možné zvážiť flukonazol alebo *echinokandíny.

Ukončenie empirickej liečby je individuálne, odporúča riadiť sa podľa symptómov, ktoré viedli k nasadeniu liečby. U najrizikovejšej skupiny pacientov je včasné nasadenie adekvátnej antimykotickej liečby život zachraňujúcim postupom.

3.1.3. Preemptívna liečba

Ide o liečebný postup, ktorý sa opiera o pravidelný monitoring a hodnotenie biomarkerov infekcie (sérológia, rádiológia, mikrobiológia) a včasný terapeutický zásah v populácii najrizikovejších pacientov. Parametrom, ktorý spúšťa terapiu je patologická hodnota alebo nález v korelácii s klinickým stavom pacienta.

3.1.4. Cielená liečba

3.1. 4.1. Infekcie spôsobené *Candida spp.*

3.1.4.1.1. Kandidémia a invazívna kandidóza

Pri dokázanej kandidémii je nevyhnutné odstrániť/vymeniť centrálny žilový katéter a snažiť sa o rýchle druhové určenie kandid (albicans verus non-albicans) dostupnými rýchlymi diagnostickými testami. Dĺžka liečby by mala byť minimálne štrnásť dní od poslednej pozitívnej hemokultúry.

Ak je vyvolávateľom *Candida albicans*, *Candida parapsilosis*, *Candida tropicalis*, odporúča sa flukonazol 400 mg/deň u klinicky stabilného pacienta, 800 mg/deň u nestabilného pacienta.

Rovnako účinné alternatívy sú *kaspofungín 70 mg 1. deň, následne 50 mg/deň; *anidulafungín 200 mg/1.deň, následne 100mg/deň; *mikafungín 100 mg/deň; vorikonazol 12 mg/kg/1.deň, následne 6 mg/kg/deň; *amfotericín B 0.7 - 1 mg/kg/deň alebo *lipidická formu amfotericínu B 3-5 mg/kg/deň. V prípade *C. parapsilosis* sa preferuje flukonazol.

Ak sú vyvolávateľom non-albicans kandididy *Canida krusei*, *Candida glabrata*, odporúča sa podať antimykotikum zo skupiny echinokandínov v terapeutickej dávke, *amfotericín B 0.7-1 mg/kg/deň; *lipidickú formu amfotericínu B 3-5 mg/kg/deň; vorikonazol 12 mg/kg/1.deň, následne 6 mg/kg/deň.

U najrizikovejších pacientov (neutropenickí pacienti, hematologickí pacienti, pacienti bez neutropénie s ťažkou sepsou/septickým šokom) s kandidémiou alebo invazívnou kandidózou s predpokladaným patogénom zo skupiny non-albicans kandidid (kolonizácia, predošlá infekcia, použitie azolovej profylaxie, epidemiologická situácia na oddelení), sa odporúča začať čo najskôr s terapiu echinokandínom (*kaspofungín, *anidulafungín, *mikafungín) počas obdobia do definitívneho určenia patogéna. Následne postupovať cielene podľa mikrobiologických výsledkov a klinického stavu pacienta s možnou deeskaláciou liečby.

3.1.4.1.2. Kandidúria

Asymptomatická infekcia nevyžaduje terapiu, vhodnou je výmena alebo odstránenie močového katétra.

Ak prebieha asymptomatická kandidúria u pacientov s urologickými abnormalitami, imunodeficitom alebo perzistenciou pozitívnych kultivácií, alebo je infekcia symptomatická, odporúča sa flukonazol 400mg denne sedem až štrnásť dní, v prípade non-albicans *Candida spp.* *amfotericín B 0.3-0.5 mg/kg/deň.

V prípade kandidovej cystitídy je alternatívou *amfotericín B 50 mg/deň formou irigácie močového mechúra.

3.1.4.1.3. Liečba diseminovanej kandidózy

Akútna diseminovaná kandidóza by mala byť liečená podaním flukonazolu 800 mg a viac/deň; prípadne *amfotericínu B 1 mg/kg/deň alebo *lipidického amfotericínu B 3-5 mg/kg/deň; *kaspofungín, *anidulafungín, *mikafungín, vorikonazol sú taktiež vhodnými alternatívami.

Chronická diseminovaná kandidóza (hepatolienálna kandidóza) sa lieči flukonazolom v dávke 400 a viac mg/deň; *amfotericínom B 0.6-0.7 mg/kg/deň; vorikonazolom, prípadne *echinokandínmi.

Vždy je potrebné rýchle druhové určenie kvasiniek.

3.1.4.2. Liečba invazívnych mykóz vyvolaných inými kvasinkami

Vždy je potrebné prihliadať na in vitro citlivosť.

a) *Trichosporon spp.* a *Blastoschizomyces spp.* sa lieči flukonazolom v dávke 400 – 800 mg/deň, prípadne sa použije *amfotericín B 1-1.5 mg/kg/deň,

b) *Malassezia spp.* sa lieči *amfotericínom B 1 mg/kg/deň, prípadne *lipidický amfotericínom B 5 mg/kg/deň alebo flukonazolom 400-800 mg/deň,

c) *Sacharomyces spp.*, *Rhodotorula spp.*, *Hansenula spp.* sa lieči *amfotericínom B 0.5-1 mg/kg/deň s alebo bez *5-flucytozínu 100 mg/kg/deň, alebo sa použije *lipidický amfotericín B 5 mg/kg/deň, prípadne flukonazol 400-800 mg/kg/deň.

3.1.4.3. Liečba invazívnej aspergilózy

Medikamentózna liečba je pilierom terapie. Liekom voľby je vorikonazol 12 mg/kg 1.deň, potom 6 mg/kg/deň. Iniciálna liečba môže byť intravenózna, neskôr možno prejsť na perorálnu formu. *Lipidický amfotericín B, *kaspofungín a posakonazol sa odporúča v 2. línii liečby refraktérnej aspergilózy. Účinný ale nefrotoxický je *amfotericín B.

Pri rozhodovaní o vhodnej liečbe je nutné zvážiť účinnosť a toxicitu jednotlivých prípravkov, ako aj použitie antimykotík v profylaxii a prvolíniovej liečbe. Perorálny itraconazol nie je indikovaný

v iniciálnej terapii. Súčasťou komplexnej liečby invazívnej aspergilózy môžu byť aj prídavné intervencie.

Liečba chronickej nekrotizujúcej aspergilózy pozostáva z podávania *amfotericínu B 0.5-1 mg/kg/deň alebo *lipidického amfotericínu B 3-5 mg/kg/deň, z chirurgického riešenia –resekcie; možnosťou je aj instilácia *amfotericínu B.

3.1.4.4. Liečba invazívnych mykóz vyvolaných zygomycétami

Liečba infekcií vyvolaných *Mucorales* (*Mucor spp.*, *Rhizopus spp.*, *Rhizomucor spp.*, *Absidia spp.*) a *Entomophthorales* spočíva v radikálnom chirurgickom riešení (viď. aj prídavné intervencie) a v podávaní *amfotericínu B 1-1.5 mg/kg/deň alebo *lipidického amfotericínu B 5 mg/kg/deň (s možnou eskaláciou dávky). Posakonazol (800 mg/deň) je taktiež účinný v liečbe zygomykóz. Možno uvažovať aj o kombinovanej liečbe *lipidického amfotericínu a posakonazolu.

3.1.4.5. Liečba kryptokokózy

Meningitída spôsobená *Cryptococcus neoformans* sa lieči *amfotericínom B 0.7-1 mg/kg/deň a *5-flucytozínom 100-150 mg/kg/deň po dobu štrnásť dní; následne sa podáva flukonazol 400 mg/deň tri mesiace. U HIV- pozitívnych pacientov trvá udržiavacia liečba flukonazolom v dávke 200 mg/deň jeden rok alebo doživotne.

Liečba kryptokokózy okrem meningitídy sa opiera o *amfotericín B 0.5 mg/kg/deň a *5-flucytozín 100-150 mg/kg/deň alebo flukonazol 400 mg/deň po dobu tri až šesť mesiacov alebo itrakonazol 400 mg/deň po dobu šesť až dvanásť mesiacov.

3.1.4.6. Liečba invazívnych mykóz vyvolaných *Coccidioides immitis* a inými pôvodcami endemických mykóz

Infekcie vyvolané týmito patogénmi sa liečia len u imunokompromitovaných pacientov a to flukonazolom 800 mg /deň v prípade meningitídy. Pri infekcii pľúc, kostí, kĺbov, kože sa používa itrakonazol v dávke 400 mg/deň. Ak je infekcia život ohrozujúca, je liekom voľby *amfotericín B v dávke 0.7-1 mg/kg/deň.

3.1.4.7. Liečba invazívnych mykóz vyvolaných zriedkavými vláknitými hubami

Fusarium spp.:

Odporúča sa odstrániť centrálny cievny katéter a podať vorikonazol 12 mg/kg 1.deň, potom 6 mg/kg/deň. Alternatívou je *amfotericín B 1-1.5 mg/kg/deň alebo *lipidický amfotericín B 5 mg/kg/deň alebo posakonazol 800 mg/deň.

Acremonium spp., *Paecilomyces*, *Pseudoallescheria boydii*, *Scedosporium*, *Penicillium marneffei*, *Bipolaris*, *Dactylaria*, *Alternaria*, *Cladophialophora*:

Liekmi voľby sú *amfotericín B 1-1.5 mg/kg/deň alebo *lipidický amfotericín B 5 mg/kg/deň a vorikonazol 12 mg/kg 1.deň, potom 6 mg/kg/deň.

3.1.4.8. Liečba invazívnych dermatomykóz

Ide o zriedkavú systémovú disemináciu kožných patogénov *Trichophyton spp.*, *Microsporon spp.*, *Epidermophyton spp.* u imunokompromitovaných pacientov. Odporúča sa podávať flukonazol 400 mg/deň alebo itrakonazol 200-400 mg/deň alebo terbinafín 250 mg/deň.

3.1.4.9. Liečba invazívnej pneumocystovej infekcie

Pneumónia vyvolaná *Pneumocystis carinii* (*P. jiroveci*) sa lieči vysokodávkovaným kotrimoxazolom (15- 20 mg/kg/deň trimetoprimu). Ak je prítomná respiračná insuficiencia s pO₂ pod 70 mmHg, odporúča sa pridať prednison 80 mg/deň, po piatich dňoch znížiť na 40 mg/deň a potom postupne vysadzovať.

Alternatívou sú *dapson 100 mg p. o./deň a trimetoprim 15 mg/kg/deň; klindamycín 2400 mg/deň; trimetrexát 45 mg/m²/deň.

4. Prídavné intervencie v liečbe invazívnych mykóz

Tieto opatrenia môžu výrazným spôsobom ovplyvniť prognózu pacienta s invazívnou mykotickou infekciou a mali by byť súčasťou celkovej starostlivosti.

Všeobecné intervencie sa opierajú o komplexnú intenzívnu starostlivosť, zníženie dávky alebo vysadenie kortikosteroidov a u neutropenických pacientov o možnosť podávania rastových hemopoetických faktorov (G-CSF- faktor stimulujúci granulocyty, GM-CSF- faktor stimulujúci granulocyty/makrofágy).

a) ak sú vyvolávateľom vlákňité huby

- dokumentovaná je aj pľúcna infekcia, je potrebné zvažovať aj možnosť chirurgického zásahu. Potenciálne indikácie na chirurgickú intervenciu sú pľúcna hemorágia, hroziaca erózia veľkej pľúcnej cievy, invázia do perikardu alebo hrudnej steny, progresia ochorenia napriek normálnemu počtu leukocytov, plánovaná ďalšia intenzívna chemoterapia alebo transplantácia krvotvorných buniek, pokračujúca hlboká imunosupresia,

- dokumentovaná je aj infekcia prínosových dutín, požaduje sa minimálne invazívna chirurgická intervencia s cieľom biopsie, kultivácie a prístupu vzduchu ako aj „debridement“ pri progresívnej invazívnej infekcii,

- primárne kožné a infekcie mäkkých tkanív vyžadujú často excíziu, drenáž alebo „debridement“,

- pri fungémii sa odporúča odstránenie/výmena centrálného žilového katétra,

b) ak sú vyvolávateľom kvasinky, tak

- v prípade fungémie je potrebné odstránenie/výmena centrálného žilového katétra,

- v prípade fokálneho postihnutia odporúčame odstránenie potenciálne infikovaného cudzorodého materiálu, „debridement“, prípadne drenáž,

- meningoencefalitída so zvýšeným vnútrolebečným tlakom môže vyžadovať odľahčovaciu lumbálnu punkciu alebo externú drenáž, resp. nasadenie spojky-shuntu v prípade neúčinnnej medikamentóznej liečby.

5. Meranie hladín antimykotík

Ak sa používajú v profylaxii alebo liečbe azolové antimykotiká – itrakonazol, vorikonazol a posakonazol – odporúča sa stanovenie ich sérových (plazmatických) koncentrácií s prípadnou úpravou dávky, najmä v prípade toxicity alebo nedostatočnej klinickej účinnosti.

6. Kombinácie antimykotík

Okrem kombinácie *amfotericínu B a *5-fluorocytosínu pri liečbe kryptokokózy nie je zatiaľ dostatok údajov o účinných a overených kombináciách antimykotík v klinickej praxi.

Objavenie sa nových, účinných antimykotík prináša perspektívne ďalšie možnosti kombinácií, zatiaľ sú však klinické skúsenosti obmedzené a chýbajú údaje z prospektívnych štúdií. Indikáciu kombinovanej antimykotickej liečby zatiaľ nemožno štandardne odporučiť.

Tabuľka 1. Dávkovanie antimykotík**A. Dávkovanie antimykotík – invazívna aspergilóza**

Antimykotikum	Dávkovanie- liečba	Dávkovanie- profylaxia	Poznámka
Vorikonazol	6 mg/kg/12 h (1. deň), 4 mg/kg/12 h (2. a nasledujúce dni) i. v., p. o.	400 mg v 2 dávkach p. o. (i. v.)	meranie plazmatických koncentrácií vhodné
Posakonazol	800 mg/d. v 2 - 4 dávkach p. o.	600 mg/d. v 3 dávkach p. o.	meranie plazmatických koncentrácií vhodné
*Amfotericín B deoxycholát	1 mg/kg/d. i. v.	0.25-0.5 mg/kg/d. i. v.	
*Kaspofungín	70 mg/d. (1.deň), 50 mg (2. a nasledujúce dni) i. v., 70 mg/d. (2 a nasledujúce dni, ak pacient > 80 kg)		2. línia
*Amfotericín B lipidový komplex (ABLC)	3-5 mg/kg/d. i. v.		
*Amfotericín B koloidná disperzia (ABCD)	4 mg/kg/d. i. v.		
Itrakonazol	400-600 mg/d. v 2 dávkach p. o.	200 mg/12-24 h p. o.	nepoužívať u neutropenických pacientov a v prípade vážnej IA, meranie plazmatických koncentrácií vhodné
*Mikafungín		50 mg/d. i. v.	pacienti po transplantácii krvotvorných buniek

*Poznámka: * liek sa používa len v ústavnom zdravotníckom zariadení.*

Antimykotiká uvádzané v tomto odbornom usmernení sú registrované v Slovenskej republike a sú dostupné.

Tabuľka 1.**B. Dávkovanie antimykotík – invazívna kandidóza/kandidémia**

Antimykotikum	Dávkovanie – liečba	Dávkovanie – profylaxia	Poznámky
Flukonazol	400 mg/d. i .v.	100-400 mg/d.	Cave. rezistencia C.krusei a C.glabrata
*Kaspofungín	70 mg/d. (1.deň), 50 mg (2. a nasledujúce dni) i. v.		pacienti > 80 kg, pokračovať v 70 mg/d.
*Anidulafungín	200 mg/d. (1.deň), 100 mg/d. (nasledujúce dni) i. v.		
*Mikafungín	100 mg/d. i. v.	50 mg/d. i. v.	profylaxia po transplantácii krvotvorných buniek
*Amfotericín B deoxycholát	0.7-1 mg/kg/d. i. v.		
*Amfotericín B lipidový komplex (ABLC), *Amfotericín B koloidná disperzia (ABCD)	3-5 mg/kg/d. i. v.		ak je indikovaná lipidová forma amfotericínu B
Vorikonazol	6 mg/kg/12 h (1.deň), 3 mg/kg/12 h (nasledujúce dni) i. v.		meranie plazmatických koncentrácií vhodné

*Poznámka: * liek sa používa len v ústavnom zdravotníckom zariadení.*

Antimykotiká uvádzané v tomto odbornom usmernení sú registrované v Slovenskej republike a sú dostupné.

Tabuľka 2**Dávkovanie antimykotík u detí**

Liek	Forma	Dávkovanie
*Amfotericín B (AmB) lipidická forma AmB (ABLC) koloidná disperzia AmB (ABCD)	i. v. i. v. i. v.	0,6 – 1,5 mg/kg/d. 5 mg/kg/d. 3 – 4 mg/kg/d.
Flukonazol	i. v./p. o.	liečba: 6 -12 mg/kg/d. novorodenci: vek 1 - 2 týždne: á 3 dni vek 2 - 4 týždne: á 2 dni Profylaxia: 3-6 mg/kg/d.
Vorikonazol Vek: 2 - 12 rokov: Vek: > 12 rokov (dávkovanie ako u dospelých): Hmotnosť > 40 kg: Vek: > 12 rokov Hmotnosť < 40 kg:	i. v./p. o.	jednotné dávkovanie 7 mg/kg/ á 12 h. i. v. 2 x 200 mg p. o. <u>nasycovacia dávka:</u> 6 mg/kg á 12 h. i. v. 400 mg á 12 h. p. o. <u>udržiavacia dávka:</u> 4 mg/kg á 12 h. i. v. 200 mg á 12 h. <u>nasycovacia dávka</u> 6 mg/kg á 12 h. 200 mg á 12 h. p. o. <u>udržiavacia dávka:</u> 100 mg á 12 h. p. o.
Itrakonazol	p. o.	3-5 mg/kg/ á 12 h.
*Kaspofungín	i. v.	70 mg/m ² (1. deň); 50 mg/m ² (2. a nasledujúce dni), novorodenci: 2 mg/kg/d., event. 25 mg/m ² /d.
*Mikafungín	i. v.	2 - 4.5 mg/kg/d. (max. 100 mg/d.)
*Anidulafungin (nie sú literárne údaje pre deti mladšie ako 2 roky)	i. v.	1.5 mg/kg/d. (1. deň) 0.75 mg/kg/d. (2. deň a nasledujúce dni)
Posakonazol (u detí nad 8 rokov)	p. o.	refraktérna aspergilóza: 400 – 800 mg/kg/d. v 2 – 4 dávkach profylaxia: 200 mg 3 x denne
*Flucytosin (iba v kombinácii s AmB pri meningitíde spôsobenej <i>Cryptococcus neoformans</i>)	i. v.	75 – 100 mg/kg/d. v 3 - 4 dávkach

Poznámka: *liek sa používa len v ústavnom zdravotníckom zariadení.

Antimykotiká uvádzané v tomto odbornom usmernení sú registrované v Slovenskej republike a sú dostupné.

23.

Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o štandardizácii mikrobiologickej diagnostiky črevných kampylobakteriôz

Dňa: 24. 5. 2010

Číslo: 22719/2009 -OZS

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky podľa § 45 ods. 1 písm. b) zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov vydáva toto odborné usmernenie:

Čl. I

Predmet odborného usmernenia

Odborné usmernenie určuje štandardný postup mikrobiologickej diagnostiky pri podozrení na infekciu gastrointestinálneho traktu baktériami čeľade *Campylobacteriaceae* (ďalej len „kampylobaktery“). Zo známych 16 druhov kampylobakterov ochorenia u ľudí spôsobujú najčastejšie *Campylobacter jejuni*, *Campylobacter coli*, *Campylobacter lariidis* alebo *Campylobacter lari* a *Campylobacter upsaliensis*.

Čl. II

Klinické prejavy infekcie kampylobaktermi

Kampylobaktery útočia a poškadzujú sliznicu tenkého a hrubého čreva. Z toho dôvodu sa kampylobakteriôza prejavuje ako hnačkové ochorenie s miernym až závažným priebehom, často s horúčkou do 40° C, únavou, bolesťami brucha, zvracaním a stopami krvi v stolici. Príznaky ochorenia sa obvykle prejavujú do dvoch až piatich dní po infikovaní (hraničné hodnoty inkubačnej doby sú jeden až desať dní). Ochorenie trvá najčastejšie od dvoch do desať dní, často so spontánnou úpravou (self - limited). Infikovaný človek vylučuje niekoľko dní kampylobaktery stolicou. Podanie antibiotík môže dobu vylučovania skrátiť.

Kampylobaktery môžu spôsobiť rôzne závažné komplikácie

- a) hemolyticko - uremický syndróm alebo trombocytopenickú purpuru,
- b) kŕče s horúčkou a príznakmi meningitídy,
- c) Guillain - Barré syndróm; ktorý sa objaví po dvoch až štyroch týždňoch po infikovaní, po skončení hnačky; paralýza končatín môže pretrvávať až niekoľko týždňov,
- d) toxické megakolon, dehydratáciu a sepsu u detí do jedného roku
- e) chronické ochorenie (často bez akútneho začiatku), ktoré sa prejavuje dlhodobými subfebrilnými teplotami a asténiou; bez liečenia môžu vzniknúť artritídy a endokarditída,
- f) príležitostné úmrtia u starších a imunokompromitovaných osôb v dôsledku hypovolemického šoku,
- g) ataky paralýzy viac rokov po prekonaní miernej formy kampylobakteriôzy (výnimočne),
- h) cholera - like toxín produkujú niektoré kmene *Campylobacter jejuni*.

Čl. III

Indikácia mikrobiologickej diagnostiky črevnej kampylobakteriôzy

V rámci základnej diferenciálnej diagnostiky kultivačné vyšetrenie na kampylobaktery môže indikovať každý ošetrojúci lekár¹⁾ spolu s vyšetreniami na ďalšie črevné bakteriálne patogény (salmonely, šigely, yersínie a pod.).

¹⁾ § 2 ods. 4 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

Špecializovanú mikrobiologickú diagnostiku na epidemiologické účely indikuje epidemiológ²⁾ v spolupráci s lekárom klinickej mikrobiológie³⁾.

Mikrobiologickú diagnostiku komplikácií kampylobakteriôzy v rámci diferenciálnej diagnostiky môže indikovať lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore gastroenterológia, klinická imunológia a alergológia, infektológia, vnútorné lekárstvo, neurológia, pediatria alebo reumatológia.

Čl. IV

Mikrobiologická diagnostika kampylombakterov

Kampylobaktery sú náročné na kultivačné podmienky. Predovšetkým sú citlivé na vyschnutie počas transportu.

1. Odber biologického materiálu

1.1. *Biologický materiál*

Ideálnym biologickým materiálom s vysokou kultivačnou výťažnosťou je čerstvá stolica spracovaná do dvoch hodín po odbere. Alternatívne sa odoberá rektálny výter detoxikovaným vatovým tampónom, ktorý je transportovaný v ochrannom médiu podľa dohovoru s mikrobiologickým laboratóriom (v prípade bezprostredného spracovania v laboratóriu aj bez ochranného média).

1.2. *Doba spracovania vzorky*

Vzorka musí byť v laboratóriu klinickej mikrobiológie spracovaná v deň odberu. Len v mimoriadnych prípadoch sa tampón v ochrannom médiu môže uskladniť pri izbovej teplote, maximálne však 24 hodín.

2. Základné kultivačné vyšetrenia a identifikácia

Základné kultivačné vyšetrenie a identifikáciu na základe požiadavky ošetrojúceho lekára vykonáva každé laboratórium klinickej mikrobiológie.

2.1. *Kultivácia vzorky*

- a) vykonáva sa na pevnom selektívnom kultivačnom médiu pre kampylobaktery (Skirow, Karmali, HFCM - haemoglobine free Caympylobacter medium, a pod.) a súčasne na kultivačných médiách pre ostatné črevné patogény; pomnožovacie médium pre kampylobaktery nie je nevyhnutné,
- b) prebieha
 - A. štyridsaťosem hodín pri teplote 42 °C v atmosfére 10 % CO₂, 5 % O₂, a 85 % N₂,
 - B. päť až sedem dní pri teplote 25 °C - 30 °C pre *Arcobacter spp.*,
- c) odporúča sa inkubácia biologického materiálu prebieha v tekutom suplementovanom médiu (napr. *Arcobacter* broth OXOID CM 965) s následným vyočkovaním na pevné selektívne médium za rovnakých podmienok.

2.2. *Identifikácia Campylobacter*

Zástupcovia rodu *Campylobacter* sa identifikujú podľa rastových nárokov, vzhľadu kolónií, typickej morfológie a pohybu vo fázovom kontraste, typickej mikroskopickej morfológie v Gramovom farbení, pozitívnej oxidázovej a katalázovej reakcie, testu hydrolýzy hipurátu a citlivosti na cefalotín a trimetoprim, prípadne ďalších testov a komerčných súprav.

²⁾ § 3 ods. 80 nariadenia vlády Slovenskej republiky č. 12/2008 Z. z. o používaní profesijných titulov a ich skratiek viažucich sa na odbornú spôsobilosť na výkon zdravotníckeho povolania.

³⁾ § 3 ods. 64 nariadenia vlády Slovenskej republiky č. 12/2008 Z. z.

2.3. *Test citlivosti na antibiotiká*

sa stanovuje na Mueller-Hinton agar s 5 % lyzátom konskej alebo baranej krvi v mikroaerofilnom prostredí podľa Clinical Laboratory Standards Institute. U malých detí, hospitalizovaných pacientov a pri závažnom priebehu ochorenia sa test citlivosti na antibiotiká indikuje v každom prípade.

3. Špecializovanú mikrobiologickú diagnostiku

vykonáva pre epidemiologické účely a pre diagnostiku komplikácií laboratórium klinickej mikrobiológie. Požiadavky na špecializovanú mikrobiologickú diagnostiku zasielajú epidemiológ, lekár so špecializáciou z klinickej imunológie a alergológie a lekári so špecializáciou v špecializačných odboroch uvedených v čl. III.

Takéto laboratórium má zavedený systém manažmentu kvality, vrátane externej kontroly kvality príslušných vyšetrovacích metód. Špecializovaná mikrobiologická diagnostika zahŕňa

- a) dôkaz nukleovej kyseliny *Campylobacteriaceae* v biologickom materiáli,
- b) genotypizáciu,
- c) molekulárne biologickú identifikáciu génov, ktoré súvisia s rezistenciou na antibiotiká a produkciou toxínov.

Čl. V Účinnosť

Toto odborné usmernenie nadobúda účinnosť dňom uverejnenia vo Vestníku Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky.

**Richard Raši, v.r.
minister**

24.**Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky
na vykonávanie laboratórnej diagnostiky infekcie onkogénnymi ľudskými
papilomavírusmi v prevencii karcinómu krčka maternice**

Dňa: 24. 5. 2010

Číslo: 089697/2009-OZS

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky podľa § 45 ods. 1 písm. b) zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov vydáva toto odborné usmernenie:

Čl. I**Predmet odborného usmernenia**

Odborné usmernenie upravuje laboratórnu diagnostiku infekcie ľudskými papilomavírusmi (ďalej len „HPV“) v cervikálnom stere.

Čl. II**Indikácie laboratórnej diagnostiky infekcie HPV**

- (1) Špecifický dôkaz infekcie HPV je možný výlučne metódami detekcie DNA papilomavírusov v materiáli, ktorý bol odobratý z miesta infekcie.
- (2) Indikačné oprávnenie majú a odber vykonávajú lekári so špecializáciou v špecializačnom odbore gynekológia a pôrodnictvo. Odber a transport vzoriek sa vykonáva podľa pokynov laboratória, ktoré laboratórnu diagnostiku HPV vykonáva.
- (3) Laboratórny dôkaz prítomnosti vysokorizikových HPV sa indikuje
 - a) na základe predchádzajúceho cytologického vyšetrenia s nálezom atypických dlaždicových buniek neistého významu - ASCUS u žien nad 30 rokov,
 - b) po konizačných a ablačných výkonoch na cervixe, ktoré boli vykonané z dôvodov liečby dysplázie alebo mikroinvazívneho karcinómu cervixu; vyšetrenie sa spravidla vykonáva šesť mesiacov po chirurgickom výkone,
 - c) v iných prípadoch podľa indikácie lekára so špecializáciou onkológia v gynekológii.

Čl. III**Laboratórna diagnostika infekcie HPV**

Laboratórna diagnostika infekcie HPV sa vykonáva

- a) priamym dôkazom vírusovej nukleovej kyseliny v cervikálnom stere metódou, ktorá spĺňa kritériá certifikácie v Európskej únii,
- b) súpravou, ktorá
 1. diagnostikuje dvanásť alebo viac typov (genotypov) HPV, minimálne genotypy šesťnásť a osemnásť,
 2. obsahuje interný kontrolný materiál nezávislý na genóme HPV, ktorý zistí (deteguje) dostatočné množstvá zdrojových nukleových kyselín (dostatočné množstvo buniek v odobratom a analyzovanom stere),

- c) poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti zo zariadení spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek, ktorí majú určeného odborného zástupcu s odbornou spôsobilosťou¹⁾ na poskytovanie zdravotnej starostlivosti v odbore klinická mikrobiológia.

Čl. IV

Zrušovacie ustanovenie

Zrušuje sa Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky na vykonávanie laboratórnej diagnostiky infekcie HPV v prevencii karcinómu krčka maternice, uverejnené vo Vestníku Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky v číastke 26 - 28 zo dňa 30. júla 2008.

Čl. V

Účinnosť

Toto odborné usmernenie nadobúda účinnosť dňom uverejnenia vo Vestníku Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky.

Richard Raši, v.r.
minister

¹⁾ § 33 zákona č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

25.**R o z h o d n u t i e**
o zmene zriaďovacej listiny Martinskej fakultnej nemocnice

Bratislava 17. 6. 2010

Číslo: 16707 – 4/2010 - OP

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky ako zriaďovateľ štátnych príspevkových organizácií podľa ust. § 21 zákona č. 523/2004 Z. z. o rozpočtových pravidlách verejnej správy a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov v nadväznosti na ust. § 7 ods. 12 zákona č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov

m e n í**s účinnosťou od 1. júla 2010**

zriaďovaciu listinu štátnej príspevkovej organizácie Martinskej fakultnej nemocnice zo dňa 20. 12. 1991 číslo 3724/1991-A/V-7 v znení Rozhodnutia o zmene zriaďovacej listiny Martinskej fakultnej nemocnice, Martin číslo 3848/2000-A číslo 2141/2000-SLP zo dňa 29. 9. 2000 v znení Rozhodnutia o zmene zriaďovacej listiny Martinskej fakultnej nemocnice číslo 4543/2000/A číslo 2199/2000-SLP zo dňa 8. 11. 2000, v znení Rozhodnutia o doplnení zriaďovacej listiny Martinskej fakultnej nemocnice číslo M/100/2001 číslo 2930/2000-SLP zo dňa 5. 1. 2001, v znení Rozhodnutia o zmene zriaďovacej listiny Martinskej fakultnej nemocnice číslo 20952-2/2004 – SP zo dňa 23. 9. 2004, v znení Rozhodnutia o zmene zriaďovacej listiny Martinskej fakultnej nemocnice zo dňa 10. 2. 2005 číslo 02464 – 6/2005 – SP, v znení Rozhodnutia o zmene zriaďovacej listiny Martinskej fakultnej nemocnice zo dňa 14. 12. 2005 číslo: 31533 – 2/2005 - SP a v znení Rozhodnutia o zmene zriaďovacej listiny Martinskej fakultnej nemocnice číslo: 15878 – 2/2006 – SP zo dňa 16. 5. 2006

t a k t o :

V časti upravujúcej názov sa text: „Martinská fakultná nemocnica“

vypúšťa a nahrádza sa textom, ktorý znie:

„Univerzitná nemocnica Martin“.

Richard Raš i, v.r.
minister

26.**R O Z H O D N U T I E****o zmene zriaďovacej listiny Fakultnej nemocnice L. Pasteura v Košiciach**

Bratislava 17. 6. 2010

Číslo: 16706 – 4/2010 - OP

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky ako zriaďovateľ štátnych príspevkových organizácií podľa ust. § 21 zákona č. 523/2004 Z. z. o rozpočtových pravidlách verejnej správy a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov v nadväznosti na ust. § 7 ods. 12 zákona č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov

m e n í**s účinnosťou od 1. júla 2010**

zriaďovaciu listinu Fakultnej nemocnice L. Pasteura Košice zo dňa 18.12.1990 číslo: 1842/1990 - A/I - 2 v znení Opatrenia Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky zo dňa 11.12.1991 číslo 3909/1991-A, v znení Zmeny zriaďovacej listiny Fakultnej nemocnice Košice zo dňa 18.12.1995 číslo: 3408/1995-A, v znení Rozhodnutia o zmene zriaďovacej listiny Fakultnej nemocnice L. Pasteura Košice zo dňa 9.7.2002 číslo: M/2753/2002, SOČ/3968/2002, v znení Rozhodnutia o zmene zriaďovacej listiny Fakultnej nemocnice L. Pasteura Košice zo dňa 13.7.2005 číslo: 19735 – 2/2005 – SP, v znení Rozhodnutia o zmene zriaďovacej listiny Fakultnej nemocnice L. Pasteura Košice zo dňa 27.9.2005, číslo: 25022 – 2/2005 – SP, v znení Rozhodnutia o zmene zriaďovacej listiny Fakultnej nemocnice L. Pasteura zo dňa 14.11.2005 číslo: 228727 – 3/2005 – SP, v znení Rozhodnutia o zmene zriaďovacej listiny Fakultnej nemocnice L. Pasteura Košice zo dňa 14.12.2005 číslo: 31455 – 2/2005 – SP, v znení Rozhodnutia o zmene zriaďovacej listiny Fakultnej nemocnice L. Pasteura Košice zo dňa 24. 1. 2006 číslo: 07404 – 2/2006 – SP a v znení Rozhodnutia o zmene zriaďovacej listiny Fakultnej nemocnice L. Pasteura Košice zo dňa 10. 10. 2006 číslo: 23273 – 4/2006 - OPVR

t a k t o :

V časti upravujúcej názov sa text: „Fakultná nemocnica L. Pasteura Košice“

vypúšťa a nahrádza sa textom, ktorý znie:

„Univerzitná nemocnica L. Pasteura Košice“.

**Richard Raš i, v.r.
minister**

27.**R O Z H O D N U T I E****o zmene zriaďovacej listiny Fakultnej nemocnice s poliklinikou Bratislava**

Bratislava 23. 6. 2010

Číslo: 16697 – 4/2010 - OP

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky ako zriaďovateľ štátnych príspevkových organizácií podľa ust. § 21 zákona č. 523/2004 Z. z. o rozpočtových pravidlách verejnej správy a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov v nadväznosti na ust. § 7 ods. 12 zákona č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov

m e n í**s účinnosťou od 1. júla 2010**

zriaďovaciu listinu Nemocnice s poliklinikou Ružinov zo dňa 18. 12. 2002 číslo: M/5694/2002, číslo: SP/6853/2002/Var v znení Rozhodnutia o zmene zriaďovacej listiny Nemocnice s poliklinikou Ružinov zo dňa 26. 6. 2003 číslo: M/4346/2003, číslo: VR LP – 467/2003/SP/Var, v znení Rozhodnutia o zmene zriaďovacej listiny Fakultnej nemocnice s poliklinikou Ružinov zo dňa 23. 12. 2004 číslo: 28004 – 3/2004 – SP, v znení Rozhodnutia o zmene zriaďovacej listiny Fakultnej nemocnice s poliklinikou Bratislava zo dňa 20. 2. 2006 číslo: 09980 – 2/2006 – SP, v znení Rozhodnutia o zmene zriaďovacej listiny Fakultnej nemocnice s poliklinikou Bratislava zo dňa 1. 6. 2006 číslo: 17221 – 2/2006 – SP a v znení Rozhodnutia o zmene zriaďovacej listiny Fakultnej nemocnice s poliklinikou Bratislava zo dňa 19. 11. 2009 číslo: 23138 – 5/2009 - OP

t a k t o :

V časti upravujúcej názov sa text: „Fakultná nemocnica s poliklinikou Bratislava“

vypúšťa a nahrádza sa textom, ktorý znie:

„Univerzitná nemocnica Bratislava“, skrátené „UNB“.

Súčasne sa zrušuje Rozhodnutie o zmene zriaďovacej listiny Fakultnej nemocnice s poliklinikou Bratislava zo dňa 17. 6. 2010 číslo: 23138 – 5/2009 - OP.

Richard R a š i, v.r.
minister

28.

**Smernica
Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky
č. s-16160-1/2010-OKVAS zo dňa 2.6.2010
o vybavovaní sťažností**

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky podľa § 11 ods. 1 zákona č. 9/2010 Z. z. o sťažnostiach vydáva túto smernicu:

**Článok 1
Úvodné ustanovenia**

- (1) Táto smernica upravuje postup Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky (ďalej len „ministerstvo“) pri prijímaní, evidovaní, prešetrovaní a písomnom oznámení výsledku prešetrenia alebo prekontrolovania sťažnosti podanej ministerstvu (ďalej len „vybavovanie“) podľa zákona č. 9/2010 Z. z. o sťažnostiach (ďalej len „zákon o sťažnostiach“).
- (2) Táto smernica sa nevzťahuje na vybavovanie sťažnosti štátneho zamestnanca vo veciach vykonávania štátnej služby podanej ministerstvu podľa § 65 zákona č. 400/2009 Z. z. o štátnej službe a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon o štátnej službe“), ktoré je upravené osobitným interným predpisom.
- (3) Posudzovanie obsahu podaní označených podávateľom ako sťažnosť podľa zákona o sťažnostiach zabezpečuje v zmysle Organizačného poriadku ministerstva v platnom znení Odbor kontroly, vládneho auditu a sťažností. Každý organizačný útvar ministerstva, ktorému bolo prostredníctvom podateľne ministerstva alebo iným organizačným útvarom doručené podanie označené podávateľom ako sťažnosť, je povinný bezodkladne alebo najneskôr do 3 kalendárnych dní takto označené podanie v origináli postúpiť Odboru kontroly, vládneho auditu a sťažností na ďalšie konanie.
- (4) Na postup ministerstva sa pri vybavovaní sťažností nevzťahuje všeobecný predpis o správnom konaní, ak zákon o sťažnostiach neustanovuje inak.

**Článok 2
Vymedzenie sťažnosti**

- (1) Každé podanie sa posudzuje podľa obsahu bez ohľadu na to, ako je označené.
- (2) Sťažnosťou podľa zákona o sťažnostiach je podanie fyzickej osoby alebo právnickej osoby (ďalej len „sťažovateľ“), ktorým sa domáha ochrany svojich práv alebo právom chránených záujmov, o ktorých sa domnieva, že boli porušené činnosťou alebo nečinnosťou (ďalej len „činnosť“) orgánu verejnej správy a zároveň poukazuje na konkrétne nedostatky, najmä na porušenie právnych predpisov, ktorých odstránenie je v pôsobnosti orgánu verejnej správy.
- (3) Ak podanie nespĺňa znaky uvedené v odseku 2, vybaví sa ako bežné podanie.
- (4) Sťažnosťou podľa zákona o sťažnostiach nie je podanie, ktoré
 - a) má charakter dopytu, vyjadrenia, názoru, žiadosti, podnetu alebo návrhu a nie je v ňom jednoznačne vyjadrené, ochrany akého svojho práva alebo právom chráneného záujmu sa osoba domáha,
 - b) poukazuje na konkrétne nedostatky v činnosti orgánu verejnej správy, ktorých odstránenie alebo vybavenie je upravené iným právnym predpisom (napr. Občiansky súdny poriadok, Trestný poriadok a pod.),
 - c) je sťažnosťou podľa osobitného predpisu (napr. podľa § 65 zákona o štátnej službe a pod.),

alebo

- d) smeruje proti rozhodnutiu orgánu verejnej správy vydanému v konaní podľa iného právneho predpisu (napr. podľa zákona č. 71/1967 Zb. o správnom konaní (správny poriadok) v znení neskorších predpisov).

(5) Sťažnosťou podľa zákona o sťažnostiach nie je ani podanie

- a) orgánu verejnej správy, v ktorom upozorňuje na nedostatky v činnosti iného orgánu verejnej správy,
- b) osoby poverenej súdom na výkon verejnej moci.

(6) Ak podanie obsahuje viacero častí, z ktorých

- a) niektoré nie sú sťažnosťou podľa zákona o sťažnostiach uvedených v odsekoch 4 a 5, ministerstvo vybaví iba tie časti, ktoré sú sťažnosťou podľa zákona o sťažnostiach, časti podania, ktoré nie sú sťažnosťou, ministerstvo sťažovateľovi nevráti a v oznámení o výsledku prešetrenia sťažnosti uvedie dôvody ich neprešetrenia,
- b) všetky sú sťažnosťami podľa zákona o sťažnostiach, avšak na vybavenie niektorých nie je ministerstvo príslušné, vybaví iba tie časti, na ktorých vybavenie je príslušné, ostatné časti sťažnosti postúpi podľa § 9 zákona o sťažnostiach najneskôr do desiatich pracovných dní od doručenia orgánu príslušnému na ich vybavenie.

Článok 3

Príslušnosť na vybavenie

- (1) Na vybavenie podania, ktoré po posúdení obsahu je sťažnosťou podľa zákona o sťažnostiach, je príslušný na ministerstve Odbor kontroly, vládneho auditu a sťažností (ďalej len „OKVAS“) podľa Organizačného poriadku ministerstva v platnom znení.
- (2) Sťažnosť nesmie byť pridelená na prešetrenie a vybavenie tomu, proti komu smeruje, ani zamestnancovi v jeho riadiacej pôsobnosti.
- (3) Sťažnosť smerujúca voči vedúcim zamestnancom jednotlivých organizačných útvarov a zamestnancom ministerstva, je považovaná za sťažnosť voči ministerstvu a prešetruje ju OKVAS.
- (4) Sťažnosti voči riaditeľom štátnych príspevkových a štátnych rozpočtových organizácií zriadených ministerstvom prešetruje OKVAS podľa § 11 ods. 2 zákona o sťažnostiach.
- (5) Ak sťažnosť smeruje voči riaditeľovi OKVAS, o jej prešetrení rozhodne minister.

Článok 4

Vrátenie podania označeného ako sťažnosť

- (1) OKVAS doručené podanie označené ako sťažnosť vráti tomu, kto ho podal, bezodkladne po tom, čo zistí že nie je sťažnosťou podľa Článku 2 ods. 4 písm. a), b) a d) alebo ods. 5, najneskôr do 30 pracovných dní od jeho doručenia, s uvedením dôvodu. OKVAS takéto podanie nevráti, ak je ho príslušný vybaviť podľa iného právneho predpisu (napr. vykonaním kontroly, dozoru a pod.).
- (2) Podanie podľa Článku 2 ods. 4 písm. c) postúpi OKVAS najneskôr do 10 pracovných dní od doručenia tomu, kto je na jeho vybavenie príslušný podľa osobitného predpisu a súčasne to oznámi tomu, kto ho podal.
- (3) Podanie podľa Článku 2 ods. 4 písm. d), z ktorého je zrejmé, že smeruje proti rozhodnutiu, ktoré nie je právoplatné, OKVAS do 5 pracovných dní od jeho doručenia postúpi orgánu, ktorý napadnuté rozhodnutie vydal, a súčasne to oznámi tomu, kto ho podal.

Článok 5

Podávanie sťažností

- (1) Sťažnosť možno podať písomne, ústne do záznamu, telefaxom alebo elektronickou poštou.

- (2) Prijímanie sťažností zabezpečuje podateľňa ministerstva. V prípade ústne podanej sťažnosti zamestnanec OKVAS, ktorý písomný záznam vyhotovil podľa § 5 ods. 4 zákona o sťažnostiach, sťažnosť odovzdá do podateľne ministerstva na zaevidovanie do správy registratúry podľa Registratúrneho poriadku ministerstva v platnom znení.
- (3) Sťažnosť musí obsahovať meno, priezvisko, adresu trvalého pobytu alebo prechodného pobytu sťažovateľa. Ak sťažnosť podáva právnická osoba, musí obsahovať jej názov a sídlo, meno a priezvisko osoby oprávnenej za ňu konať.
- (4) Sťažnosť musí byť čitateľná a zrozumiteľná. Musí z nej byť jednoznačné proti komu smeruje, na aké nedostatky poukazuje, čoho sa sťažovateľ domáha (ďalej len "predmet sťažnosti") a musí byť sťažovateľom podpísaná.
- (5) Sťažnosť podaná telefaxom alebo elektronickou poštou sa považuje za písomnú iba vtedy, ak ju sťažovateľ do piatich pracovných dní od jej podania písomne potvrdí podpisom (táto povinnosť platí aj v prípade, ak bola doručená podpísaná sťažnosť telefaxom alebo tvorila elektronickú prílohu). Ak nedôjde k splneniu tejto povinnosti OKVAS sťažnosť odloží. Lehota na vybavenie sťažnosti začína plynúť prvým pracovným dňom nasledujúcim po dni doručenia písomného potvrdenia. Ak písomné potvrdenie obsahuje iné údaje než sťažnosť podaná telefaxom alebo elektronickou poštou, OKVAS sťažnosť podanú telefaxom alebo elektronickou poštou odloží. Sťažnosť podaná elektronickou poštou so zaručeným elektronickým podpisom sa považuje za písomnú sťažnosť.
- (6) OKVAS vyhotoví o ústnej sťažnosti, ktorú nemožno vybaviť ihneď pri jej podaní, písomný záznam o ústnej sťažnosti (Príloha č. 1). Pri vyhotovení záznamu sa postupuje podľa § 5 ods. 4 až 6 zákona o sťažnostiach.
- (7) Ak nie je ministerstvo vecne príslušné na prešetrenie sťažnosti podanej telefaxom alebo elektronickou poštou, takto podanú sťažnosť OKVAS odstúpi v zmysle § 9 zákona o sťažnostiach najneskôr do 10 pracovných dní od doručenia tomu orgánu verejnej správy, ktorý je na jej vybavenie príslušný a zároveň o tom upovedomí sťažovateľa.
- (8) Písomnosti súvisiace s vybavovaním sťažnosti, ktorú podalo viacero sťažovateľov spoločne a nie je v nej určené komu z nich sa majú doručovať, OKVAS zašle sťažovateľovi, ktorý je uvedený ako prvý a uvádza údaje podľa § 5 ods. 2 zákona o sťažnostiach.
- (9) Ak si sťažovateľ zvolí zástupcu, ktorý v jeho mene sťažnosť podáva, súčasťou sťažnosti musí byť úradne osvedčené splnomocnenie zastupovať sťažovateľa pri podaní sťažnosti a pri úkonoch súvisiacich s vybavovaním sťažnosti.
- (10) Sťažnosť adresovaná ministrovi alebo zamestnancovi ministerstva je sťažnosťou podanou ministerstvu.

Článok 6

Odloženie sťažnosti

- (1) Anonymnú sťažnosť (t. j. sťažnosť, ktorá neobsahuje náležitosti podľa § 5 ods. 2 zákona o sťažnostiach) a sťažnosť splňajúcu dôvody uvedené v § 6 ods. 1 zákona o sťažnostiach OKVAS odloží.
- (2) Ak sťažnosť nie je v súlade s § 5 ods. 3 zákona o sťažnostiach, alebo ak chýbajú informácie potrebné na jej prešetrenie, OKVAS písomne vyzve sťažovateľa, aby sťažnosť v lehote desiatich pracovných dní od doručenia písomnej výzvy doplnil, súčasne ho poučí, že inak sťažnosť odloží. OKVAS odloží sťažnosť, ktorú sťažovateľ pred jej vybavením písomne vezme späť alebo ak sťažovateľ písomne pred vybavením sťažnosti oznámi, že na jej vybavení netrvá.
- (3) OKVAS podľa § 6 ods. 4 zákona o sťažnostiach písomne upovedomí sťažovateľa o odložení sťažnosti a dôvodoch jej odloženia do desiatich pracovných dní od odloženia sťažnosti. O odložení sťažnosti súčasne do spisu vyhotoví úradný záznam (Príloha č. 2).
- (4) Anonymnú sťažnosť, ktorá obsahuje konkrétne údaje o tom, že bol porušený právny predpis, môže ministerstvo preveriť v rámci svojich kompetencií, alebo postúpiť príslušnému orgánu verejnej správy na ďalšie konanie.

Článok 7

Utajenie totožnosti sťažovateľa

- (1) Podanie sťažnosti sa nesmie stať podnetom ani dôvodom na vyvodzovanie dôsledkov, ktoré by sťažovateľovi spôsobili akúkoľvek ujmu.
- (2) Totožnosť sťažovateľa je ministerstvo povinné utajiť, ak o to sťažovateľ požiada. Ministerstvo môže utajiť totožnosť sťažovateľa, ak je to v záujme vybavenia sťažnosti. Pri prešetrovaní takejto sťažnosti sa používa jej odpis (ak by mohlo dôjsť k identifikácii sťažovateľa napr. na základe typu písma), alebo, ak je to možné, jej kópia, bez uvedenia údajov, ktoré by identifikovali sťažovateľa. Každý, komu je totožnosť sťažovateľa známa, je povinný o nej zachovať mlčanlivosť.
- (3) Ak sťažovateľ požiadal o utajenie svojej totožnosti, ale predmet sťažnosti neumožňuje jej prešetrenie bez uvedenia niektorého z údajov o jeho osobe, OKVAS o tom sťažovateľa bezodkladne upovedomí. Súčasne ho poučí, že vo vybavovaní sťažnosti bude pokračovať len vtedy, ak v určenej lehote písomne udelí súhlas s uvedením potrebného údajov o svojej osobe.
- (4) Sťažnosť, v ktorej sťažovateľ požiadal o utajenie svojej totožnosti, na ktorej vybavenie ministerstvo nie je príslušné, OKVAS najneskôr do desiatich pracovných dní od jej doručenia vráti sťažovateľovi s uvedením dôvodu.

Článok 8

Prijímanie a evidovanie sťažností

- (1) Ministerstvo je povinné sťažnosť prijať bez ohľadu na to, či je na jej vybavenie príslušné.
- (2) Prijatú sťažnosť alebo jej časť, na ktorej vybavenie nie je príslušné, OKVAS postúpi najneskôr do desiatich pracovných dní od doručenia orgánu verejnej správy príslušnému na jej vybavenie a zároveň o tom upovedomí sťažovateľa.
- (3) Centrálnu evidenciu prijatých sťažností vedie na ministerstve OKVAS v zmysle § 10 zákona o sťažnostiach oddelene od ostatných písomností. Prijatej sťažnosti sa po jej zaevidovaní do centrálnej evidencie sťažností prideli poradové číslo, pod ktorým sa s ňou nakladá až do jej vybavenia.
- (4) Centrálna evidencia musí obsahovať najmä tieto údaje:
 - a) dátum doručenia a zapísania sťažnosti, opakovanej sťažnosti a ďalšej opakovanej sťažnosti,
 - b) meno, priezvisko, adresu trvalého alebo prechodného pobytu fyzickej osoby, ak sťažnosť podáva právnická osoba, jej názov, sídlo a meno a priezvisko osoby oprávnenej za ňu konať,
 - c) predmet sťažnosti
 - d) dátum pridelenia sťažnosti na prešetrenie a komu bola pridelená,
 - e) výsledok prešetrenia sťažnosti,
 - f) prijaté opatrenia a termíny ich splnenia,
 - g) dátum vybavenia sťažnosti, opakovanej sťažnosti alebo odloženia ďalšej opakovanej sťažnosti,
 - h) výsledok prekontrolovania predchádzajúcej sťažnosti alebo prešetrenia opakovanej sťažnosti,
 - i) dátum postúpenia sťažnosti orgánu príslušnému na jej vybavenie,
 - j) dôvody pre ktoré ministerstvo sťažnosť odložilo,
 - k) poznámku.

Článok 9

Pridelenie sťažnosti na prešetrenie

- (1) Sťažnosť prideli riaditeľ OKVAS na prešetrenie príslušnému zamestnancovi OKVAS.
- (2) OKVAS je pri vybavovaní sťažnosti oprávnený požadovať súčinnosť aj ostatných zamestnancov ministerstva a v prípade potreby je riaditeľ OKVAS oprávnený vyžiadať účasť na prešetrovaní sťažnosti aj zamestnancov ostatných organizačných útvarov ministerstva so súhlasom ich nadriadených vedúcich zamestnancov.

- (3) Pri prideľovaní sťažností na prešetrenie a vybavenie musia byť dodržané zásady a dôvody vylúčenia podľa § 12 zákona o sťažnostiach.

Článok 10

Lehota na vybavenie sťažnosti

- (1) OKVAS je povinný sťažnosť vybaviť v lehote do 60 pracovných dní, ktorá začína plynúť prvým pracovným dňom nasledujúcim po dni jej doručenia.
- (2) Ak je sťažnosť náročná na prešetrenie, môže minister alebo ním splnomocnený zástupca túto lehotu predĺžiť pred jej uplynutím o 30 pracovných dní na písomný návrh riaditeľky OKVAS. Lehotu nemôže predĺžiť splnomocnený zástupca, ktorý sťažnosť prešetruje, t. j. riaditeľ OKVAS v zmysle tejto smernice. Riaditeľ OKVAS oznámi rozhodnutie ministra o predĺžení lehoty sťažovateľovi bezodkladne, písomne, s uvedením dôvodu.

Článok 11

Prešetrovanie sťažnosti

- (1) Prešetrovaním sťažnosti sa zisťuje skutočný stav veci a jeho súlad alebo rozpor so všeobecne záväznými právnymi predpismi a s vnútornými predpismi, ako aj príčiny vzniku zistených nedostatkov a ich následky. Pri prešetrovaní sťažnosti sa vychádza z jej predmetu, bez ohľadu na sťažovateľa a toho, proti komu sťažnosť smeruje. Ak je podľa obsahu iba časť podania sťažnosťou, prešetrí sa iba v tomto rozsahu. Ak sa sťažnosť skladá z viacerých samostatných bodov, prešetruje sa každý z nich. Ak nemožno sťažnosť alebo jej časť prešetriť, uvedie sa to v zápisnici o prešetrení sťažnosti a oznámi sťažovateľovi v oznámení výsledku prešetrenia sťažnosti.
- (2) OKVAS prešetrujúci sťažnosť je povinný bezodkladne oboznámiť toho, proti komu sťažnosť smeruje, s jej obsahom v takom rozsahu a čase, aby sa jej prešetrovanie nemohlo zmariť. Zároveň mu umožní vyjadriť sa k sťažnosti, predkladať doklady, písomnosti, informácie a údaje potrebné na vybavovanie sťažnosti.
- (3) OKVAS prešetrujúci sťažnosť je oprávnený v nevyhnutnom rozsahu písomne vyzvať sťažovateľa na spoluprácu podľa § 16 zákona o sťažnostiach a taktiež požiadať o súčinnosť iné orgány verejnej správy ako aj iné osoby podľa § 17 zákona o sťažnostiach.
- (4) OKVAS prešetrujúci sťažnosť vyhotoví zápisnicu o prešetrení sťažnosti podľa § 19 zákona o sťažnostiach (Príloha č. 3).
- (5) Sťažnosť je prešetrená prerokovaním zápisnice o prešetrení sťažnosti s vedúcim orgánom verejnej správy alebo ním splnomocneným zástupcom. Ak ju nemožno prerokovať, sťažnosť je prešetrená dorúčením jedného vyhotovenia zápisnice o prešetrení sťažnosti orgánom verejnej správy, v ktorom bola sťažnosť prešetrovaná. Ak sa vedúci orgán verejnej správy, v ktorom sa sťažnosť prešetrovala, alebo ním splnomocnený zástupca odmietne oboznámiť so zápisnicou, splniť povinnosti podľa § 19 ods. 1 písm. i) zákona o sťažnostiach, alebo ak zápisnicu odmietne podpísať, zamestnanec prešetrujúci sťažnosť uvedie tieto skutočnosti v zápisnici.

Článok 12

Oznámenie výsledku prešetrenia sťažnosti

- (1) Sťažnosť je vybavená odoslaním písomného oznámenia výsledku jej prešetrenia (ďalej len „oznámenie“) sťažovateľovi z OKVAS. V oznámení sa uvedie, či je sťažnosť opodstatnená alebo neopodstatnená. Oznámenie musí obsahovať odôvodnenie výsledku prešetrenia sťažnosti, ktoré vychádza zo zápisnice. Ak je sťažnosť opodstatnená, v oznámení sa uvedie, že orgán verejnej správy, v ktorom sa sťažnosť prešetrovala, boli uložené povinnosti podľa § 19 ods. 1 písm. i)

zákona o sťažnostiach. Ak sťažnosť smeruje voči riaditeľke OKVAS, oznámenie podpisuje minister, alebo ním splnomocnený zástupca.

- (2) Ak má sťažnosť viacero častí, musí písomné oznámenie obsahovať výsledok prešetrenia každej z nich. Ak je podanie sťažnosťou iba v časti, výsledok prešetrenia sa písomne oznamuje iba k tejto časti. Neprešetrenie ostatných častí sa zdôvodní v oznámení.

Článok 13

Opakovaná sťažnosť a ďalšia opakovaná sťažnosť

- (1) Opakovaná sťažnosť a ďalšia opakovaná sťažnosť je sťažnosť toho istého sťažovateľa, v tej istej veci, ak v nej neuvádza nové skutočnosti.
- (2) Na vybavenie opakovanej sťažnosti je príslušný OKVAS, ktorý predchádzajúcu sťažnosť vybavil, ak to nie je v rozpore s § 12 zákona o sťažnostiach. OKVAS prekontroluje správnosť vybavenia predchádzajúcej sťažnosti, o čom vyhotoví príslušný zamestnanec OKVAS záznam, pričom postupuje primerane podľa § 19 zákona o sťažnostiach. Ďalšia opakovaná sťažnosť sa odloží podľa § 6 ods. 1 písm. e) zákona o sťažnostiach.
- (3) Ak bola predchádzajúca sťažnosť vybavená správne, OKVAS oznámi túto skutočnosť sťažovateľovi s odôvodnením a poučením, že ďalšie opakované sťažnosti odloží. Ak sa prekontrolovaním vybavenia predchádzajúcej sťažnosti zistí, že nebola vybavená správne, OKVAS opakovanú sťažnosť prešetří a vybaví (vyhotoví zápisnicu o prešetrení sťažnosti a sťažovateľovi sa písomne oznámi výsledok prešetrenia) v lehotách podľa § 13 zákona o sťažnostiach.

Článok 14

Sťažnosť proti vybavovaniu sťažnosti a sťažnosť proti odloženiu sťažnosti

- (1) Sťažnosť, v ktorej sťažovateľ vyjadruje nesúhlas s vybavovaním alebo odložením svojej predchádzajúcej sťažnosti je novou sťažnosťou proti postupu ministerstva pri vybavovaní sťažnosti alebo pri odložení sťažnosti. Takúto sťažnosť OKVAS zaeviduje do centrálnej evidencie sťažností ako novú sťažnosť proti postupu ministerstva.
- (2) Sťažnosť podľa odseku (1) vybaví minister alebo ním splnomocnený zástupca, (riaditeľ OKVAS podľa tejto smernice), ak to nie je v rozpore s § 12 zákona o sťažnostiach. Ak sťažnosť vybavil minister, na vybavenie sťažnosti podľa odseku (1) je príslušný ústredný orgán štátnej správy pre kontrolu vybavovania sťažností.

Článok 15

Kontrola vybavovania sťažností

- (1) Ministerstvo vykonáva kontrolu vybavovania sťažností podľa § 7 ods. 3 písm. c) zákona č. 10/1996 Z. z. o kontrole v štátnej správe v znení neskorších predpisov.
- (2) Ministerstvo je oprávnené kontrolovať, či sa opatrenia prijaté na odstránenie nedostatkov a príčin ich vzniku riadne plnia.

Článok 16

Poriadková pokuta

- (1) Ministerstvo, ako orgán príslušný na vybavenie sťažnosti, môže orgánom verejnej správy, (štátnym príspevkovým a štátnym rozpočtovým organizáciám v jeho zriaďovateľskej pôsobnosti, ako orgánom verejnej správy v zmysle § 2 ods. 1 písm. a) zákona o sťažnostiach), ktoré si neplnia povinnosti podľa zákona o sťažnostiach, uložiť v zmysle § 24 zákona o sťažnostiach poriadkovú pokutu do výšky 650 eur.

- (2) Poriadkovú pokutu podľa ods. (1) možno, ak nebola povinnosť napriek uloženiu pokuty splnená, uložiť opakovane do úhrnnej výšky 6 500 eur.
- (3) Konanie o uložení pokuty možno začať do troch mesiacov odo dňa zistenia porušenia povinnosti, najneskôr do jedného roka od porušenia povinnosti.
- (4) Na konanie o uložení pokuty sa vzťahuje všeobecný predpis o správnom konaní.
- (5) Poriadková pokuta ktorú ministerstvo uloží, je príjmom štátneho rozpočtu.

Článok 17 **Spoločné ustanovenia**

- (1) Informácie, ktoré obsahuje dokumentácia súvisiaca s vybavovaním sťažnosti, sa nesprístupňujú.
- (2) Každý je povinný o skutočnostiach, ktoré sa dozvedel pri vybavovaní sťažnosti, zachovávať mlčanlivosť. Od tejto povinnosti ho môže písomne oslobodiť ten, v koho záujme má túto povinnosť.
- (3) OKVAS za ministerstvo a organizácie v zriaďovateľskej a zakladateľskej pôsobnosti ministerstva jedenkrát ročne vypracuje správu o vybavovaní sťažností, ktorú predkladá na rokovanie gremiálnej rady ministra a po jej prerokovaní Úradu vlády Slovenskej republiky.

Článok 18 **Zrušovacie ustanovenia**

Zrušuje sa Smernica na vybavovanie sťažností a petícií č. z73004/2006-OKS z 30.11.2006 zverejnená vo Vestníku MZ SR 2006, čiastka 56-60 (120) v znení Doplnku č. 1 a Doplnku č. 2.

Článok 19 **Účinnosť**

Táto smernica nadobúda účinnosť 1. júla 2010.

Richard Raši, v. r.
minister

Príloha č. 1 k Smernici o vybavovaní sťažností

MINISTERSTVO ZDRAVOTNÍCTVA SR
Limbová 2, P.O.BOX 52
837 52 Bratislava 37
Odbor kontroly, vládneho auditu a sťažností

Z Á Z N A M
z ústneho podania sťažnosti, ktorú nie je možné vybaviť na mieste
v zmysle § 5 ods. 4 zákona č. 9/2010 Z. z. o sťažnostiach

Meno a priezvisko sťažovateľa:

Adresa trvalého alebo prechodného pobytu:
.....

Ak sťažnosť podáva právnická osoba, uvedie sa jej názov a sídlo, meno a priezvisko osoby oprávnenej za ňu konať:

Predmet sťažnosti: (podľa § 5 ods. 3 zákona o sťažnostiach)

Sťažnosť smeruje proti
.....

Sťažovateľ poukazuje na nedostatky.....
.....

Sťažovateľ sa domáha
.....

Počet a zoznam príloh sťažnosti:
.....

Deň a hodina vyhotovenia záznamu:

Meno, priezvisko, podpis a pracovné zaradenie zamestnanca, ktorý záznam vyhotovil:
.....

Mená, priezviská, podpisy a pracovné zaradenie zamestnancov prítomných pri ústnom podaní sťažnosti:
.....

Podpis sťažovateľa s tým, že svojim podpisom potvrdzuje, že sa oboznámil s obsahom záznamu a súhlasí s ním:
.....

Odmietnutie sťažovateľa podpísať záznam a jeho náležité poučenie: áno/nie (nehodiace sa škrtnúť)

Dátum odloženia záznamu v prípade, že sťažovateľ odmietne podpísať záznam:.....

MINISTERSTVO ZDRAVOTNÍCTVA SR
Limbová 2, P.O.BOX 52
837 52 Bratislava 37
Odbor kontroly, vládneho auditu a sťažností

Úradný záznam
o odložení sťažnosti v zmysle § 6 ods. 4 zákona č. 9/2010 Z. z. o sťažnostiach

Meno a priezvisko sťažovateľa:

Adresa trvalého alebo prechodného pobytu:
.....

Ak sťažnosť podáva právnická osoba, uvedie sa jej názov a sídlo, meno a priezvisko osoby oprávnenej za ňu konať:

Evidenčné číslo sťažnosti:

Dátum doručenia sťažnosti:

Sťažnosť sa odkladá v zmysle : uvedie sa citácia uvedených ustanovení zákona č. 9/2010 Z. z. o sťažnostiach

§ 6 ods. 1 písm. b).....

§ 6 ods. 1 písm. c).....

§ 6 ods. 1 písm. d).....

§ 6 ods. 1 písm. e).....

§ 6 ods. 1 písm. f).....

Dátum odloženia sťažnosti:

Dátum odoslania upovedomenia sťažovateľa o odložení jeho sťažnosti:

Záznam vyhotovil dňa:

meno, priezvisko, podpis a pracovné zaradenie zamestnanca OKVAS:

.....

Záznam schválil dňa:

meno, priezvisko, podpis riaditeľa OKVAS

MINISTERSTVO ZDRAVOTNÍCTVA SR
Limbová 2, P.O.BOX 52
837 52 Bratislava 37
Odbor kontroly, vládneho auditu a sťažností

Zápisnica o prešetrení sťažnosti
(podľa § 19 zákona č. 9/2010 Z. z. o sťažnostiach)

Meno a priezvisko sťažovateľa:

Adresa trvalého alebo prechodného pobytu:

Ak sťažnosť podáva právnická osoba, uvedie sa jej názov a sídlo, meno a priezvisko osoby oprávnenej za ňu konať:

Evidenčné číslo sťažnosti:

Dátum doručenia sťažnosti:

Predmet sťažnosti: (podľa § 5 ods. 3 zákona o sťažnostiach)

Sťažnosť smeruje proti

Sťažovateľ poukazuje na nedostatky.....

Sťažovateľ sa domáha

Označenie orgánu verejnej správy, v ktorom sa sťažnosť prešetrovala:

Obdobie prešetrovania sťažnosti:

Preukázané zistenia: (uvedie sa zistený skutočný stav veci a jeho súlad alebo rozpor so všeobecne záväznými právnymi predpismi a s vnútornými predpismi, ako aj príčiny vzniku zistených nedostatkov a ich následky. Pri prešetrovaní sťažnosti sa vychádza z jej predmetu, bez ohľadu na sťažovateľa a toho, proti komu sťažnosť smeruje, ako aj na to, ako ju sťažovateľ označil. Ak je podľa obsahu iba časť podania sťažnosťou, prešetrí sa iba v tomto rozsahu. Ak sa sťažnosť skladá z viacerých samostatných bodov, prešetruje sa každý z nich. Ak nemožno sťažnosť alebo jej časť prešetriť (napr. tzv. tvrdenie proti tvrdeniu) uvedie sa to v zápisnici a oznámi sťažovateľovi)

Mená, priezviská, podpisy a pracovné zaradenie zamestnancov orgánu verejnej správy, ktorí sťažnosť prešetrili:

Meno, priezvisko a podpis vedúceho orgánu verejnej správy, v ktorom sa sťažnosť prešetrovala, alebo ním splnomocneného zástupcu, ktorý zároveň potvrdzuje odovzdanie a prevzatie dokladov:

.....

Meno, priezvisko a podpis vedúceho orgánu verejnej správy, v ktorom sa sťažnosť prešetrovala, o oboznámení so zápisnicou:

Mená, priezviská, podpisy a pracovné zaradenie zamestnancov orgánu verejnej správy, voči ktorým smerovali námietky sťažovateľa, o oboznámení so zápisnicou:

.....

.....

Ďalšie skutočnosti zapísané prešetrojúcim orgánom v zmysle § 19 ods. 2 zákona č. 9/2010 Z. z. o sťažnostiach:

Odmietnutie vedúceho orgánu verejnej správy, v ktorom sa sťažnosť prešetrovala, alebo ním splnomocneného zástupcu

- oboznámiť sa so zápisnicou
- splniť povinnosti podľa § 19 ods. 1 písm. i) zákona č. 9/2010 Z. z. o sťažnostiach
- podpísať zápisnicu

áno/nie (nehodiace sa škrtnúť)

V prípade, ak sú prešetrovaním zistené nedostatky, ukladajú sa vedúcemu orgánu verejnej správy, alebo ním splnomocnenému zástupcovi nasledovné povinnosti:

1. v lehote do určiť osobu zodpovednú za zistené nedostatky,
2. v lehote do prijať opatrenia na odstránenie zistených nedostatkov a príčin ich vzniku,
3. v lehote do predložiť prijaté opatrenia orgánu prešetrojúcemu sťažnosť,
4. v lehote do predložiť orgánu prešetrojúcemu sťažnosť správu o splnení opatrení a uplatnení právnej zodpovednosti,
5. v lehote do ak nie je totožnosť sťažovateľa utajená, oznámiť mu prijaté opatrenia; ak je totožnosť sťažovateľa utajená, oznámiť mu prijaté opatrenia prostredníctvom orgánu verejnej správy príslušného na vybavenie sťažnosti.

Dátum vyhotovenia zápisnice:

Prílohy: (uvedie sa zoznam príloh – hlavne tie, ktoré potvrdzujú zistené nedostatky)

OZNAMOVACIA ČASŤ

Straty pečiatok

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky oznamuje, že zdravotníckym zariadeniam boli odcudzené (stratené) pečiatky, ktorých zoznam je uvedený v prílohe tohto oznámenia. Pri zneužití týchto pečiatok na vystavenie lekárskeho predpisu a iných dokumentov, ktoré sú súčasťou zdravotnej dokumentácie, alebo pri falšovaní verejnej listiny touto pečaťou, treba túto skutočnosť okamžite oznámiť policajným orgánom, príslušnému lekárovi samosprávneho kraja a ministerstvu zdravotníctva. Po dátume, ktorý je uvedený ako predpokladaný termín odcudzenia alebo straty je pečať neplatná.

Príloha k oznámeniu Zoznam neplatných pečiatok

1. Text pečiatky:

Národná transfúzna služba SR Bratislava Pracovisko Bratislava Ružinovská 6	P79167031201 MUDr. Choudhury Sawkat internista A88625001	1
---	---	----------

K strate pečiatky došlo 14. mája 2010.

2. Text pečiatky:

FNsP Bratislava Nem. Staré Mesto Bratislava	P40707023503 MUDr. Magdaléna Mižičková rádiológ A42191023	1
--	--	----------

K strate pečiatky došlo 25. mája 2010.

3. Text pečiatky:

PRADOS s.r.o. Most pri Bratislave	P24215020201 MUDr. Katarína Krajčíková všeobecný lekár pre dospelých A60085020	1
--	---	----------

Ku krádeži pečiatky došlo 1. júna 2010.

VESTNÍK MINISTERSTVA ZDRAVOTNÍCTVA SR

Vydáva Ministerstvo zdravotníctva SR vo V OBZOR, s.r.o., Bratislava, Špitálska 35. Tlač: V OBZOR, s.r.o. Adresa redakcie: Bratislava, Špitálska ul. 35. Objednávky na predplatné, ako aj jednorazové vybavuje V OBZOR, s.r.o., Špitálska 35, 811 08 Bratislava, tel./fax: 02 529 68 395, tel.: 02 529 61 251. Adresa pre písomný styk: V OBZOR, s.r.o, P.O.Box 64, 820 12 Bratislava 212, E-mail: obzor@obzor.sk, www.obzor.sk