

VESTNÍK



**MINISTERSTVA ZDRAVOTNÍCTVA
SLOVENSKEJ REPUBLIKY**

Čiastka 26-28

Dňa 8. júla 2009

Ročník 57

OBSAH:

Normatívna časť:

30. Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky na liečbu porúch minerálového a kostného metabolizmu u pacientov s chronickým ochorením obličiek
31. Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o diagnostike a liečbe hypospádie penisu
32. Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o štandardizácii mikrobiologickej diagnostiky Lymfnej boreliózy
33. Rozhodnutie o zmene zriaďovacej listiny Fakultnej nemocnice s poliklinikou J.A. Reimana Prešov, č. 15751-4/2009-OP z 29.6.2009
34. Oprava opatrenia Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky zo 4. júna 2009 č. OPL0209-13213/2009-OL, ktorým sa vydáva Zoznam liečiv a liekov plne uhrádzaných alebo čiastočne uhrádzaných na základe verejného zdravotného poistenia

Oznamovacia časť:

Oznámenie o stratách pečiatok

Oznámenie o osobitnom vydaní v mesiaci jún 2009

30.**Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky
na liečbu porúch minerálového a kostného metabolizmu
u pacientov s chronickým ochorením obličiek**

Dňa: 18.06.2009

Číslo: 03935 –66/2009 - OZS

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky podľa § 45 ods. 1 písm. b) a c) 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**

Toto odborné usmernenie určuje postup pri liečbe porúch minerálového a kostného metabolizmu u pacientov s chronickým ochorením obličiek.

Čl. II**Štádiá chronického ochorenia obličiek**

- (1) Pri definovaní zmien, ktoré sa vyvíjajú v priebehu chronického ochorenia obličiek, ako aj návodov preventívnych a terapeutických opatrení sa vychádza z klasifikácie rôznych stupňov chronického ochorenia obličiek (CKD) podľa K/DOQI Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification and Stratification (príloha č. 1).
- (2) Chronické ochorenie obličiek je poškodenie obličiek pretrvávajúce minimálne 3 mesiace, charakterizované štrukturálnymi zmenami (zobrazovacie techniky), alebo funkčnými zmenami obličiek (krvné a močové analýzy), bez poklesu glomerulovej filtrácie (GF) alebo s poklesom GF pod 1,0 ml/s/1,73m², pretrvávajúci minimálne 3 mesiace s dôkazom alebo bez dôkazu poškodenia obličiek.

Čl. III**Diagnostický postup pri hodnotení metabolizmu vápnika a fosforu**

- (1) Sérové koncentrácie vápnika (Ca), fosforu (P) a intaktného parathormónu (iPTH) je potrebné vyšetrovať u všetkých pacientov s CKD, ktorí majú GF < 1,0 ml/s. Frekvencia vyšetrovania závisí od štádia ochorenia (príloha č. 2).
- (2) Cieľové hodnoty sérových koncentrácií vápnika, fosforu, iPTH a CaxP závisia od štádia chronického ochorenia obličiek (príloha č. 3).

Čl. IV**Diagnostický postup pri hodnotení kostnej choroby pri chronickom ochorení obličiek**

Štandardom diagnostiky, ktorá určuje typ kostnej choroby je kostná biopsia. Vzorka kosti má obsahovať kortikalis aj spongiózu v mieste, ktoré zaručuje reprezentatívny stupeň kostného obratu. Tieto kritériá spĺňa hrebeň bedrovej kosti.

- (1) Kostná biopsia sa odporúča u pacientov s nasledovnými komplikáciami:
 - a) patologické fraktúry,

- b) iPTH v rozmedzí 100-500 pg/ml s nevysvetliteľnou hyperkalciémiou, po vylúčení primárnej hyperparatyreózy,
 - c) nevysvetliteľnou aktivitou kostného izoenzymu alkalickéj fosfatázy,
 - d) podozrenie na toxicitu hliníka, založené na klinickej symptomatológii alebo anamnestickom údaji o expozícii hliníkom.
- (2) Rádiodiagnostika kostí nie je indikovaná na hodnotenie kostnej choroby u pacientov s CKD, rádiodiagnostika sa indikuje pri odhaľovaní závažných vaskulárnych kalcifikácií a komplikácií v súvislosti s akumuláciou β_2 mikroglobulínu.
- (3) Denzita kostí hodnotená denzitometricky je vhodná u pacientov s fraktúrami alebo u pacientov, ktorí majú rizikové faktory pre osteoporózu.

Čl. V

Diagnostický a liečebný postup pri hodnotení koncentrácie fosforu v sére

- (1) Pacientovi s CKD v treťom a štvrtom štádiu sa odporúča udržiavať koncentráciu fosforu v sére v rozmedzí 0,9-1,5 mmol/l;
- (2) Pacientovi s CKD v piatom štádiu sa odporúča udržiavať koncentráciu fosforu v sére v rozmedzí 1,1-1,8 mmol/l;
- (3) Diétne odporúčania:
V diéte je potrebné obmedziť príjem fosforu na 800-1000 mg/deň, ak je koncentrácia
- a) fosforu v sére vyššia ako 1,5 mmol/l v 3 a 4 štádiu CKD a ak presiahne 1,8 mmol/l v štádiu 5;
 - b) iPTH zvýšená nad odporúčané hodnoty (príloha č. 3).
- (4) Vyšetrovanie koncentrácie fosforu sa odporúča vykonávať každé 3 mesiace od začiatku obmedzovania prívodu fosforu v diéte.

Čl. VI

Liečebný postup pri použití viazačov fosfátov

- (1) Ak u pacienta s CKD v treťom a štvrtom štádiu nie je možné dosiahnuť odporúčané koncentrácie fosforu a iPTH diétnymi opatreniami v trvaní 3 týždňov, prvou voľbou je zahájenie liečby viazačmi fosforu na báze kalcia, ktoré efektívne znižujú koncentráciu fosforu v sére.
- (2) U pacienta s CKD v piatom štádiu, ktorý nemá sklon k hyperkalciémii, nemá klinicky ani rádiologicky zistené kalcifikáty v mäkkých tkanivách a má trvale iPTH > 150 pg/ml môžu byť ako primárna liečba použité kalciové viazače fosfátov.
- (3) U pacienta s CKD v piatom štádiu, ktorý trpí hyperfosfatémiou a u ktorého sú kontraindikované kalciové viazače fosfátov alebo u ktorého sa napriek liečbe kalciovými viazačmi fosfátov nepodarilo dosiahnuť vyhovujúce hodnoty kalcium - fosfátového metabolizmu, sa odporúča použiť nekalciový viazač fosfátov.

Čl. VII

Liečebný postup podľa koncentrácií vápnika a súčine Ca \times P

- (1) U pacienta s CKD v treťom a štvrtom štádiu je koncentráciu vápnika v sére potrebné udržiavať v rozmedzí normálnych hodnôt stanovených laboratóriom (príloha č. 3).
- (2) U pacienta s CKD v piatom štádiu sa koncentrácia vápnika v sére odporúča udržiavať v normálnom rozmedzí stanovenom laboratóriom. Preferuje sa dolná hranica rozmedzia a to 2,1 - 2,4 mmol/l.
- (3) Ak je u dialyzovaného pacienta s CKD v piatom štádiu koncentrácia iPTH \geq 300 pg/ml a koncentrácia Ca \geq 2,1 mmol/l môže sa v druhej línii indikovať liečba kalcimimetikami (cinacalcet) spolu s viazačmi fosfátov a aktívnym vitamínom D, pričom sa uprednostňujú analógy vitamínu D s menším hyperkalciemickým a hyperfosfatemickým účinkom.

- (4) V prípade vzostupu koncentrácie sérového kalcia nad hodnotu 2,5 mmol/l je potrebné postupne upravovať liečbu, ktorá mohla spôsobiť tento vzostup v nasledovnom poradí:
 - a) znižovať dávku fosfátových viazačov na báze kalcia, v prípade neúspechu zmeniť liečbu na nekalciový viazač fosfátov,
 - b) ak je pacient liečený aktívnym vitamínom D alebo jeho analógmi je potrebné znížiť dávku alebo prerušiť liečbu dotedy, kým sa koncentrácia vápnika neupraví do odporúčaného rozmedzia 2,1-2,4 mmol/l,
 - c) ak napriek opatreniam uvedeným vyššie pretrváva hyperkalcémia ($\text{Ca} \geq 2,5$ mmol/l), je možné použiť dialyzačný roztok s nižším obsahom kalcia (0,75-1,0 mmol/l) počas 3 až 4 týždňov.
- (5) Súčin CaxP sa odporúča udržiavať na hodnote nižšej ako 4,4 mmol²/l², čo je dosiahnuteľné kontrolou koncentrácie fosforu v sére a jeho udržiavaním v odporúčanom rozmedzí.
- (6) Pacienti, u ktorých je koncentrácia kalcia v sére nižšia ako je odporúčaný dolný limit (< 2,1 mmol/l) si vyžadujú liečbu na zvýšenie koncentrácie kalcia v sére, ak majú
 - a) klinické príznaky hypokalcémie ako parestézie, pozitívny Chvostekov a Trousseauov príznak, bronchospasmus, laryngospasmus, tetaniu alebo kŕče alebo
 - b) koncentrácia iPTH je nad odporúčaným rozmedzím pre to, ktoré štádium obličkových chorôb.
- (7) Liečba hypokalcémie predstavuje podávanie solí kalcia ako calcium carbonicum alebo vitamínu D, resp. jeho analógov alebo solí kalcia ako *calcium carbonicum* a vitamínu D, resp. jeho analógov.

ČI. VIII

Liečebný postup pri prevencii a liečbe nedostatku/deficitu vitamínu D u pacientov s chronickým ochorením obličiek

- (1) Ak je u pacienta s CKD v treťom a štvrtom štádiu koncentrácia iPTH nad odporúčaným rozmedzím podľa štádia ochorenia (príloha č. 3), odporúča sa vyšetriť koncentráciu 25 (OH) vitamínu D [25(OH)D].
- (2) Ak je u pacienta s CKD v treťom a štvrtom štádiu koncentrácia 25(OH)D < 30 ng/ml (< 75 nmol/l), je potrebná suplementácia vitamínom D (cholecalciferol) 1000 IU/deň. Koncentráciu kalcia a fosforu je vhodné sledovať každé 3 mesiace. Ak stúpne koncentrácia kalcia nad 2,5 mmol/l, liečbu vitamínom D je potrebné prerušiť. Ak stúpne koncentrácia fosforu v sére nad 1,5 mmol/l je potrebné zvýšiť dávku viazača fosfátov. Ak napriek tomu pretrváva hyperfosfatémia, je potrebné prerušiť liečbu vitamínom D.
- (3) Ak je koncentrácia iPTH vyššia ako odporúčané rozmedzie a koncentrácia 25 (OH)D \geq 30 ng/ml (\geq 75 nmol/l), je potrebná perorálna suplementácia aktívnym vitamínom D (kalcitriol, alfakalcidol, paricalcitol, doxercalciferol*) (príloha č. 4). Liečba sterolmi aktívneho vitamínu D je možná len u tých pacientov, ktorých koncentrácia kalcia v sére nepresahuje 2,4 mmol/l a koncentrácia fosforu v sére nepresahuje 1,5 mmol/l. Steroly vitamínu D by nemali byť podávané pacientom s rýchlou progresiou redukcie funkcie obličiek.
- (4) Počas liečby aktívnym vitamínom D odporúča sa monitorovať koncentráciu kalcia a fosforu 1x mesačne od začiatku liečby aktívnym vitamínom D počas 3 mesiacov, potom 1x za 3 mesiace. Koncentráciu iPTH sa odporúča vyšetrovať každé 3 mesiace počas prvého pol roka liečby aktívnym vitamínom D a potom každých 6 mesiacov.
- (5) Úprava dávkovania sa riadi nasledovnými pravidlami:
 - a) ak klesne koncentrácia iPTH pod odporúčanú hodnotu podľa štádia obličkového ochorenia, je potrebné ukončiť liečbu aktívnym vitamínom D dotedy, kým sa neupraví na odporúčané hodnoty. Následne je potrebné začať liečbu s polovičnou dávkou aktívneho vitamínu D. Ak je podávaný aktívny vitamín D denne, je možné zmeniť dávkovanie na ob deň,

- b) ak stúpne koncentrácia kalcia v sére nad 2,4 mmol/l, odporúča sa zastaviť liečbu aktívnym vitamínom D, pokiaľ neklesne koncentrácia kalcia na 2,4 mmol/l,
 - c) ak stúpne koncentrácia fosforu nad 1,5 mmol/l, je nevyhnutné zastaviť podávanie aktívneho vitamínu D, začať liečbu alebo zvýšiť dávku viazačov fosfátu dovtedy, kým nepoklesne koncentrácia fosforu pod 1,5 mmol/l. Potom je možné pokračovať v liečbe s nezmeneným dávkovaním.
- (6) U pacienta s CKD v piatom štádiu liečeného hemodialýzou alebo peritoneálnou dialýzou, ktorých koncentrácia iPTH je vyššia ako 300 pg/ml, by sa mala začať liečba aktívnym vitamínom D (kalcitriol, alfakalcidol, paricalcitol alebo doxercalciferol*) tak, aby sme dosiahli cieľové hodnoty 150- 300 pg/ml (príloha č. 5).
 - (7) Pri začatí liečby pacienta s CKD v piatom štádiu aktívnym vitamínom D alebo pri zvyšovaní dávky sa odporúča sledovať koncentráciu Ca, P v týždenných intervaloch, iPTH mesačne počas prvých troch mesiacov od začiatku terapie, potom štvrtročne.
 - (8) Pacient s CKD v piatom štádiu liečení peritoneálnou dialýzou užívajú perorálny kalcitriol (0,5-1,0 µg) alebo iný preparát per os (doxercalciferol*) 2-3x týždenne. Alternatívne sa môžu podávať nízke dávky kalcitriolu (0,25 µg) denne alebo paricalcitolu (1 µg) každý druhý deň.
 - (9) U každého pacienta s CKD v piatom štádiu, ktorý je liečený aktívnym vitamínom D je potrebné sledovať zmeny koncentrácií Ca, P, iPTH a prípadné zmeny každého parametra jednotlivo hodnotiť podľa platných odporúčaní pre tieto parametre.

Čl. IX

Liečebný postup pri liečbe kalcimimetikami

- (1) Liečba cinacalcetom sa môže indikovať v druhej línii u pacientov s iPTH > 300 pg/ml a koncentráciou Ca \geq 2,1 mmol/l. Úvodná dávka cinacalcetu je 30 mg/deň.
- (2) Liečba viazačmi fosfátu a aktívnym vitamínom D sa riadi predchádzajúcimi odporúčaniami.
- (3) Počas liečby sa odporúča udržiavať koncentráciu Ca v rozmedzí 2,1-2,4 mmol/l . V prípade klinicky manifestnej hypokalciémie je potrebné upraviť dávku prípravkov obsahujúcich vápnik, prípadne upraviť koncentráciu vápnika v dialyzáte a upraviť dávku vitamínu D .
- (4) Počas liečby je potrebné sledovať koncentrácie Ca a P v sére v týždňových intervaloch a koncentráciu iPTH v mesačných intervaloch. Podľa zmien koncentrácií Ca a P je potrebné upraviť liečbu viazačmi fosfátov a vitamínom D.

Čl. X

Koncentrácia kalcia v dialyzačnom roztoku

Odporúčaná koncentrácia Ca v dialyzačnom roztoku pre hemodialýzu a peritoneálnu dialýzu je 1,25 mmol/l.

Čl. XI

Liečebný postup pri amyloidóze spôsobenej β_2 mikroglobulínom

Pri amyloidóze spôsobenej β_2 mikroglobulínom sa

- a) neodporúča vyšetřovať koncentráciu β_2 mikroglobulínu ako skriningové vyšetřenie,
- b) odporúča použitie necuprofánových high-flux dialyzátorov u pacientov, ktorí sú postihnutí amyloidózou spôsobenou ukladaním β_2 mikroglobulínu alebo sú vystavení riziku amyloidózy so závažnými následkami.

Čl. XII

Liečebný postup pri predávkovaní hliníkom

- (1) Najlepšou prevenciou pred predávkovaním hliníkom je nepodávanie preparátov obsahujúcich hliník a použitie dialyzačných roztokov, v ktorých je koncentrácia hliníka nižšia ako 10 µg/l.
- (2) Pacientom, ktorí boli vystavení expozícii hliníkom, sa nepodávajú citrátové soli, napr. antikoagulans.
- (3) Koncentrácia hliníka v sére by nemala prekročiť 20 µg/l.
- (4) V prípade prítomnosti klinických známkov a symptómov hliníkovej toxicity u pacientov so známou expozíciou hliníkom je potrebné vyšetriť koncentráciu hliníka v sére. Ak je koncentrácia zvýšená na 60 až 200 µg/l, je možné vykonať desferoxaminový test (DFO).
- (5) Pri zvýšenej koncentrácii hliníka a pozitívnom teste DFO je možné zahájiť liečbu desferoxamínom.

Čl. XIII

Liečebný postup pri liečbe kostnej choroby

- (1) Terapeutický postup na liečbu kostnej choroby závisí od typu kostnej choroby. Podľa kostného metabolizmu sú charakterizované 3 typy kostnej choroby: kostná choroba s vysokým kostným obratom a zmiešaná kostná choroba, osteomalácia, adynamická kostná choroba.
 - a) U pacientov s kostnou chorobou s vysokým kostným obratom (hyperparatyreóza) alebo zmiešanou kostnou chorobou (s vysokým kostným obratom a defektom mineralizácie):
 1. s CKD, ktorí majú koncentráciu iPTH > 70 pg/ml (štádium 3) alebo > 110 pg/ml (štvrté štádium) stanovené v dvoch po sebe idúcich vyšetreniach je potrebné obmedziť príjem fosforu diétou; ak je tento postup neúčinný pri znížení koncentrácie iPTH, je potrebné zahájiť liečbu aktívnym vitamínom D podľa odporúčaní,
 2. v piatom štádiu CKD, ktorí majú zvýšené koncentrácie iPTH > 300 pg/ml, je potrebné podávať kalcitriol alebo niektorý z jeho analógov (paricalcitol, alfakalcidol, doxercalciferol*) na zvrátenie nepriaznivého účinku vysokej koncentrácie PTH na kosť (vysoký kostný obrat) a na liečbu defektnej mineralizácie, podľa predchádzajúcich odporúčaní.
 - b) U pacientov s osteomaláciou:
 1. vyvolanou hliníkovou toxicitou je možné jej predísť dôsledným sledovaním liečby a vynechaním liečiv obsahujúcich hliník, ako aj sledovaním obsahu hliníka v dialyzačnom roztoku,
 2. spôsobenou nedostatkom vitamínu D a depléciou fosforu je liečbou suplementácia vitamínom D a suplementácia fosforom.
 - c) U pacientov s adynamickou kostnou chorobou:
 1. ktorá vzniká v piatom štádiu CKD a je diagnostikovaná na základe kostnej biopsie alebo podľa koncentrácie iPTH < 100 pg/ml, spočíva liečba vo zvýšení koncentrácie iPTH zvýšením koncentrácie iPTH je možné dosiahnuť znížením dávky kalcia a znížením alebo prerušením podávania vitamínu D,
 2. nie je vhodné použitie viazačov fosfátu na báze Ca a podávanie vitamínu D je potrebné obmedziť na suplementačnú dávku kalcitriolu (0,25 µg/ 1x týždenne).

Čl. XIV

Liečebný postup pri paratyreoidektómii

- (1) Paratyreoidektómia je indikovaná u pacientov so závažnou hyperparatyreózou (iPTH > 800 pg/ml) spojenou s hyperkalciémiou a/alebo hyperfosfatémiou, refraktérnou na konzervatívnu liečbu.
- (2) Efektívnou liečbou je subtotálna alebo totálna paratyreoidektómia s autotransplantáciou časti tkaniva príštitného telieska.
- (3) U pacienta po paratyreoidektómii je potrebné vykonať nasledovné :

- a) koncentráciu ionizovaného kalcia je potrebné sledovať každých 4-6 hod. po operácii počas prvých 48-72 hodín, potom 2x denne,
- b) ak poklesne koncentrácia ionizovaného kalcia pod 0,9 mmol/l (Ca 1,8 mmol/l), je potrebné začať liečbu calcium gluconicum v dávke 1-2 mg elementárneho Ca/kg hmotnosti/hod., kým sa koncentrácia ionizovaného kalcia neupraví do normy (1,15-1,36 mmol/l). *10 ml 10% calcium gluconicum obsahuje 90 mg elementárneho kalcia,*
- c) po stabilizácii koncentrácie ionizovaného kalcia je možné postupne suplementáciu kalcia znižovať,
- d) ak je možná orálna suplementácia, pacient môže prijímať calcium carbonicum 1-2 g trikrát denne alebo calcitriol 2 µg/deň; táto terapia je potrebná na udržanie normálnej koncentrácie ionizovaného kalcia v sére,
- e) ak používal pacient pred operáciou viazače fosfátov, liečbu je potrebné prerušiť alebo redukovať podľa aktuálnej koncentrácie fosforu v sére,
- f) pred operáciou je potrebné zobraziť prištitné telieska zobrazovacími metódami ako sú izotopové vyšetrenie ⁹⁹Tc , USG, CT alebo MRI.

Čl. XV

Liečebný postup pri kostnej chorobe u transplantovaných pacientov

- (1) Po transplantácii obličky je potrebné sledovať koncentráciu Ca, P, iPTH , CO₂.
- (2) Frekvencia vyšetrení závisí od času, ktorý uplynul od transplantácie (príloha č. 6).
- (3) Počas prvého týždňa po transplantácii je potrebné koncentráciu P sledovať denne. Transplantovaní pacienti, u ktorých pretrváva nízka koncentrácia P v sére (< 0,8 mmol/l) potrebujú suplementáciu fosforu.
- (4) Pri voľbe imunosupresívnej liečby je potrebné zvoliť najnižšiu efektívnu dávku glukokortikoidov na zabránenie straty kostnej hmoty a vzniku osteonekrózy.
- (5) U transplantovaných pacientov je vhodné sledovanie kostnej denzity.
- (6) Liečba kostného a minerálového metabolizmu je určená funkciou transplantovanej obličky. Postup pri liečbe vyplýva z odporúčaní pre jednotlivé štádiá CKD.

Čl. XVI

Účinnosť

Toto odborné usmernenie nadobúda účinnosť dňa 15. júla 2009.

Richard Raši, v.r.
minister

Príloha č. 1 Štádiá chronického ochorenia obličiek

Štádium	Popis	GF/ml/s/1,73 m ²
1	Obličkové poškodenie s normálnou alebo zvýšenou GF	≥1,5
2	Obličkové poškodenie s mierne zníženou GF	1,0 - 1,49
3	Stredné zníženie GF	0,5 – 0,99
4	Závažné zníženie GF	0,25-0,49
5	Zlyhanie obličiek	< 0,25, resp. dialýza

GF – glomerulová filtrácia

Príloha č. 2 Frekvencia vyšetrovania iPTH, Ca a P v závislosti od štádia CKD

Štádium	GF ml/s /1,73m ²	Vyšetovanie iPTH	Ca/P
3	0,5-0,99	1x / 12 mes.	1x / 6-12 mes.
4	0,25-0,49	1x / 3-12 mes.	1x / 3-12 mes.
5	< 0,25 alebo dialýza	1x / 3-6 mes*.	1x / mes*.

* V prípade, že je pacient liečený pre abnormality Ca, P, PTH je nevyhnutné vykonávať vyšetrenia častejšie

Príloha č. 3 Odporúčané koncentrácie vápnika, fosforu, iPTH a CaxP podľa štádia CKD

Ukazovateľ	Stupeň 3	Stupeň 4	Stupeň 5
Vápnik v sére (mmol/l)	2,1-2,4	2,1-2,4	2,1-2,4
Fosfor v sére (mmol/l)	0,9-1,5	0,9-1,5	1,1-1,8
iPTH (pg/ml)	35-70	70-110	150-300
Súčin CaxP (mmol ² /l ²)	norma	norma	< 4,4

Príloha č. 4 Odporúčané iniciálne dávkovanie aktívneho vitamínu D v závislosti od koncentrácie Ca, P, a iPTH u pacientov v štádiu 3 a 4 CKD

iPTH pg/ml	Ca mmol/l	P mmol/l	Kalcitriol dávka p.o.	Alfakalcidol dávka p.o.	Paricalcitol dávka p.o.	Doxercalciferol*
≥ 70 (štádium 3 CKD)						
alebo	<2,4	< 1,5	0,25 µg/deň	0,25 µg/deň	1 µg/deň 2 µg/obdeň	
≥ 110 (štádium 4 CKD)						

* doxercalciferol nebol zatiaľ registrovaný

Príloha č. 5 Odporúčané iniciálne dávkovanie aktívneho vitamínu D v závislosti od koncentrácie iPTH, kalcia, fosforu a CaxP produktu

iPTH pg/ml	Ca mmol/l	P mmol/l	CaxP súčin	Kalcitriol dávka na 1 HD	Paricalcitol (i.v., p.o.)	Doxercalciferol*
300-600	< 2,4	< 1,8	< 4,4	p.o. 0,5-1,5 µg	i.v. 2,5-5,0 µg/HD p.o. 1,0 µg/deň	
600-1000	< 2,4	< 1,8	< 4,4	p.o. 1-4 µg	i.v. 5,0- 10,0µg/HD p.o. 2,0 µg/deň	
> 1000	< 2,5	< 1,8	< 4,4	p.o. 3-7 µg	i.v. 5-10 µg/HD p.o. 2 µg/deň	

* doxercalciferol nebol zatiaľ registrovaný

Pri znižovaní koncentrácie iPTH je efektívnejšie intermitentné intravenózne podávanie, ako denné orálne podávanie kalcitriolu

Príloha č. 6 Frekvencia vyšetrení Ca, P, iPTH po transplantácii obličky

Parameter	Prvé 3 mesiace	Od 3 mesiacov do 1 roka
Ca	každé 2 týždne	mesačne
P	každé 2 týždne	mesačne
iPTH	mesačne	každé 3 mesiace

Príloha č. 7

Prevodové koeficienty z metrických na SI jednotky a vzorec na výpočet korigovaného Ca:

$iPTH \text{ pg/ml} \times 0,11 = \text{pmol/l}$

$25(OH)D \text{ ng/ml} \times 2,5 = \text{nmol/l}$

Vzorec na výpočet korigovaného Ca podľa Daugirdasa (*Handbook on Dialysis 2006*):

$\text{Korigované Ca (mmol/l)} = \text{celkové Ca (mmol/l)} + [0,02 \times (40 - \text{albumín v sére g/l})]$

31.

Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o diagnostike a liečbe hypospádie penisu

Dňa: 18.06.2009

Číslo: 05234-61/2009 – OZS

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky podľa § 45 ods. 1 písm. b) a c) 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

Predmetom odborného usmernenia sú diagnostické, organizačné a liečebné postupy u pacientov s hypospádiou penisu.

Čl. II

Hypospádia penisu

(1) **Definícia:** Hypospádia je vrodená vývojová chyba močovej rúry, ktorá je charakterizovaná neúplným vytvorením prednej časti močovej rúry, pričom ústie je uložené proximálne od vrcholu glansu na ventrálnej strane penisu. Hypospádia býva často spojená s ventrálnym ohybom penisu, absenciou ventrálnej časti predkožky, nadbytkom dorzálnej časti predkožky (tzv. plachtovitou predkožkou), pri penoskrotálnej hypospádii aj s rozštiepeným skrótom. Pri niektorých formách hypospádie, najmä pri distálnych variantoch, ventrálny ohyb penisu a plachtovitá predkožka nemusia byť prítomné. Pri proximálnych variantoch hypospádie poloha vonkajšieho ústia bráni účinnej imisii ejakulátu a pri súčasnom zakrivení penisu môže brániť i samotnému pohlavnému styku. Psychická trauma spojená s touto vrodenou chybou vyžaduje úpravu aj najdistálnejších foriem hypospádie.

(2) **Klasifikácia:** Hypospádie sa klasifikujú podľa uloženia meatu na distálne (50%), stredné (30%) a proximálne (20%) varianty. Medzi distálne varianty patrí glandulárna a koronárna hypospádia. Medzi stredné varianty patrí penilná distálna, penilná mediálna a penilná proximálna hypospádia. Proximálne varianty sú najzriedkavejšie, ide o penoskrotálnu, skrotálnu, alebo perineálnu hypospádiu. Z chirurgického hľadiska postačuje delenie na proximálne a distálne varianty. Čím proximálnejšie je meatus uložený, tým častejšie je hypospádia spojená s tzv. chordou. Chorda býva najčastejšie tvorená jazvovitým tkanivom v okolí meatu a distálne od neho, spôsobuje ventrálne zakrivenie penisu. Po napriamení penisu sa môže poloha meatu podstatne zmeniť, preto niektorí autori odporúčajú klasifikovať hypospádie až podľa takto vzniknutej novej polohy meatu. Zakrivenie penisu nemusí byť spôsobené len jazvovitou chordou ale aj tzv. kožnou chordou (až 50% zakrivení), alebo ako následok nepomeru dĺžok ventrálnych a dorzálnych rozmerov kavernózných telies, alebo krátkou uretrálnou platničkou, prípadne ich kombináciami.

Čl. III

Diagnostika hypospádie penisu

(1) Hypospádia sa diagnostikuje v novorodeneckom veku. Primárne vyšetrenie vykonáva a diagnózu stanovuje po pôrode neonatológ alebo pediater. Diagnostika je jednoduchá aspexiou, avšak pri najľahších formách hypospádie a pri hypospádii s megameatom s intaktnou predkožkou (megameatus

intact prepuce) môže byť hypospádia prehliadnutá a penis sa nesprávne môže považovať za fyziologický. Vzhľadom k tomu by mal každú novodiagnostikovanú hypospádiu posúdiť pediatrický urológ. Dôležitou súčasťou vyšetrenia je posúdenie subvezikálnej obštrukcie pri nezriedkavej stenóze vonkajšieho hypospadického ústia uretry, ktoré je potrebné neodkladne korigovať.

- (2) Závažné hypospádie unilaterálne, alebo bilaterálne s nehmatným semenníkom, alebo s nejednoznačným genitálom vyžadujú kompletné endokrinologické a genetické vyšetrenie hneď po pôrode, aby sa mohli vylúčiť poruchy sexuálnej diferenciácie. V prípade endokrinnej príčiny hypospádie je potrebné zvážiť hormonálnu liečbu.
- (3) Diagnostický postup vychádza z nasledovných vyšetrení:
 - a) fyzikálne vyšetrenie;
 - b) vyšetrenie moču;
 - c) ultrasonografické (ďalej len „USG“) vyšetrenie obličiek, močového mechúra, vyšetrenie postmikčného rezidua.
- (4) Tieto vyšetrenia sa dopĺňujú podľa potreby o uretrografiú, uretroskopiu, prípadne uretrocystoskopiu, vylučovaciu urografiú, eventuálne USG vyšetrenie uretry.

Čl. IV

Liečba hypospádie penisu

- (1) Pri operácii sa vychádza zo samotného cieľa, a to zlepšiť funkčný alebo estetický aspekt. Z funkčného hľadiska sú operácie indikované v prípade proximálneho variantu hypospádie, stenózy meatu a zakrivení penisu. Medzi esteticky nevyhnutné operácie patria kozmetické korekcie hypospádie, ktoré by mohli súvisieť s psychickým stavom pacienta v budúcnosti pri abnormálne lokalizovanom meate, rázštepe žaluďa, rotácii penisu s abnormálnym priebehom raphe na koži skróta a penisu, pri plachtovitej predkožke, pri penoskrotálnej transpozícií a pri rozštiepenom skróte.
- (2) Terapeutickým cieľom je :
 - a) korekcia zakrivenia penisu,
 - b) vytvorenie neouretry adekvátneho priemeru,
 - c) pokiaľ je to možné, posunutie neomeatu na vrchol žaluďa,
 - d) dosiahnutie celkovo prijateľného kozmetického vzhľadu chlapčenského genitálu.
- (3) Pediatrický urológ pohovorom informuje rodičov o spôsobe korekcie, možných komplikáciách, naplánuje vhodný čas vlastnej plastiky hypospádie. Optimálny čas vhodný na korekciu primárnej hypospádie, je medzi 6 až 24 mesiacom života. Operatér musí poznať rôzne rekonštrukčné techniky, musí vedieť ako sa starať o ranu, a musí vedieť ako má prebiehať pooperačná starostlivosť.
- (4) U pacientov s malým penisom, alebo pri opakovanej operácii môže sa použiť hormonálna liečba s lokálnou, alebo parenterálnou aplikáciou testosterónu, dihydrotestosterónu, alebo beta HCG.
- (5) Pri operácii je potrebné používať zväčšovacie okuliare a špeciálny jemný vstrebateľný materiál. Drenáž moču sa zaisťuje transuretrálnym dripping stentom, alebo suprapubickým katétrom. Obvykle sa na záver nakladá cirkulárne kompresívny obvaz a podávajú sa profylakticky antibiotiká.
- (6) Kompetentným zdravotníckym pracovníkom ústavnej starostlivosti je lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore pediatrická urológia, ktorý sa podieľa na pravidelnom počte korekcií rozličných foriem hypospádie. Len pravidelné vykonávanie korekcií sa stáva odbornou garanciou pre správne posúdenie adekvátnej stratégie chirurgickej liečby pri tomto ochorení.

Čl. V

Odborná spôsobilosť zdravotníckych pracovníkov a zdravotnícke zariadenia

- (1) Diagnostika a liečba hypospádie penisu primárne patrí do kompetencie odboru pediatrická urológia.

- (2) Nevyhnutným je vyšetrenie detským endokrinológom za účelom zistenia prípadnej endokrinnej príčiny hypospádie a začatia prípadnej hormonálnej liečby.
- (3) Primárne vyšetrenie a diagnóza sa stanovuje po pôrode neonatológom či pediatrom.
- (4) Miestom poskytovania odbornej zdravotníckej ústavnej starostlivosti sú zdravotnícke zariadenia, ktoré disponujú špecialistom v odbore pediatria urológia so skúsenosťami s korekciou rôznych foriem hypospádie a s príslušným materiálno - technickým vybavením pre starostlivosť o deti v prvých dvoch rokoch života.

Čl. VI

Materiálno-technické vybavenie pracovísk

- (1) Zdravotníckym zariadením, kde sa táto chirurgická liečba vykonáva je zariadenie ústavnej zdravotnej starostlivosti, ktoré disponuje rádiologickým oddelením, oddelením anesteziológie a intenzívnej medicíny, ďalej operačnými sálami vrátane patričného endoskopického inštrumentária.
- (2) Minimálne požiadavky na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie zdravotníckeho zariadenia ambulantnej zdravotnej starostlivosti v odbore urológia sú uvedené v osobitnom predpise¹⁾.
- (3) Odporúčané vybavenie pre ambulantné pracoviská. Pre základnú diagnostiku a liečbu hypospádie postačuje štandardné technické vybavenie urologickej ambulancie vrátane ultrazvukového prístroja. Je vhodné aby bola ambulancia vybavená urodynamickým prístrojom na uroflowmetrické vyšetrenie.

Čl. VII

Zabezpečenie adekvátnej zdravotnej starostlivosti v zdravotníckom zariadení

Zdravotná starostlivosť sa poskytuje v zmysle tohto usmernenia v zdravotníckom zariadení :

- (1) ambulantnom :
 - a) objektívnym vyšetrením,
 - b) ultrasonografickým vyšetrením, v ktorom sa zameriava na prítomnosť postmikčného rezidua,
 - c) uroflowmetrickým vyšetrením,
 - d) sondážou uretry.
- (2) ústavnom, ktoré kontinuálne nadväzuje na ambulantné vyšetrenia :
 - a) röntgenologickým vyšetrením (uretrografia),
 - b) operačnou liečbou v štandardne vybavenej operačnej sále s možnosťou prípadného kompletného endoskopického vyšetrenia dolných močových ciest, a to za prísnych aseptických podmienok.

Čl. VIII

Účinnosť

Toto odborné usmernenie nadobúda účinnosť 15. júla 2009.

Richard Raši, v.r.
minister

¹⁾ Výnos Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky z 10. septembra 2008 č. 09812/2008-OL o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení (oznámenie č. 410/2008 Z.z.) v znení výnosu Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 25118/2008-OL (oznámenie č. 576/2008 Z.z.).

32.

**Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky
o štandardizácii mikrobiologickej diagnostiky Lymskej boreliózy**

Dňa: 22. 05. 2009

Číslo: 09262/2009 - 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**

Toto odborné usmernenie určuje štandardný postup mikrobiologickej diagnostiky pri podozrení na infekciu pôvodcom Lymskej boreliózy (LB) - baktériou *Borrelia burgdorferi sensu lato*. Tento termín označuje tri rôzne genospecies patogénne pre človeka: *Borrelia burgdorferi* (najčastejší vyvolávateľ Lymskej boreliózy v USA), *Borrelia garinii* (najčastejší pôvodca neuroboreliózy v Európe) a *Borrelia afzelii* (najčastejšie spojená s diagnózou acrodermatitis chronica).

Čl. II**Klinické prejavy infekcie baktériou *Borrelia burgdorferi sensu lato***

- (1) postihuje viaceré orgány a systémy a prejavuje sa celým radom rôznorodých, často nešpecifických symptómov; ochorenie môže mať aj asymptomatický priebeh (okolo 10 % infikovaných). Inkubačná doba je obvykle 1 až 2 týždne (môže byť ale aj kratšia – niekoľko dní, alebo významne dlhšia – mesiace až roky).
- (2) Rozpoznávajú sa 3 základné formy LB:
 - a) **včasná lokalizovaná infekcia** – erythema migrans (EM) – obvykle nebolestivý červený exantém v mieste prisatia kliešť'a (3 až 32 dní po infikovaní). Zisťuje sa asi u 80 % infikovaných osôb. Súčasne môžu byť prítomné bolesti hlavy, svalov, zvýšená teplota a únava,
 - b) **včasná diseminovaná infekcia** – dni až týždne po lokálnej infekcii sa baktéria šíri krvou, EM sa môže objaviť na viacerých miestach; podobne migrujúce bolesti svalov, šliach, kĺbov, porucha srdcového rytmu. Asi u 15 % neliečených pacientov sa objavia akútne neurologické problémy ako jednostranná alebo obojstranná paréza tvárového nervu, aseptická meningitída, radikuloneuritída; mierna encefalitída sa môže prejavovať poruchami pamäti, poruchami spánku alebo poruchami mentálnych prejavov,
 - c) **neskorá perzistentná infekcia** – po niekoľkých mesiacoch u niektorých pacientov môžu vzniknúť závažné aj mnohopočetné chronické symptómy poškodenia rôznych orgánov ako sú mozog, nervový systém, oči, kĺby a srdce. Chronické progresívne poškodenie CNS sa môže manifestovať aj psychiatrickými poruchami. Artritída postihuje najčastejšie kolenné, menej ostatné kĺby. Samostatným prejavom neskorej LB je acrodermatitis chronica atrophicans.

Čl. III**Indikácia mikrobiologickej diagnostiky Lymskej boreliózy**

- (1) Typický obraz EM v súvislosti s anamnestickým údajom o prisatí kliešť'a v primeranej časovej súvislosti obvykle nevyžaduje laboratórne potvrdenie, a to aj vzhľadom na relatívne neskorú tvorbu protilátok (IgM 3. až 8. týždeň, IgG 2. až 3. mesiac po infekcii) a vzhľadom na potrebu začať s ATB liečbou čo najskôr. Koincidencia pozitívneho nálezu protilátok s klinickým prejavom má podporný význam, pri interpretácii však je treba vziať do úvahy skutočnosť, že po nasadení ATB sa často

protilátky už nevytvoria.

- (2) Vzhľadom na veľmi pestrú a často netypickú klinickú manifestáciu LB môže základné mikrobiologické vyšetrenie v rámci diferenciálnej diagnostiky indikovať každý lekár – poskytovateľ zdravotnej starostlivosti.
- (3) Výsledok stanovenia špecifických protilátok nemožno použiť ako jediný marker pozitívnej diagnózy.
- (4) Nadstavbovú (špecializovanú) mikrobiologickú diagnostiku môže na základe suspektnej boreliovej etiológie pretrvávajúcich špecifických i nešpecifických symptómov ochorenia a/alebo pozitívneho skriningového stanovenia protilátok indikovať každý lekár – špecialista. Indikáciu vyšetrenia aj interpretáciu výsledkov vyšetrenia je treba vždy robiť v spolupráci klinika a mikrobiológa.
- (5) Vzhľadom na zložitý a často netypický priebeh a prejavy LB je možné pri negatívnom výsledku mikrobiologickej diagnostiky vyšetrenie indikovať opakovane, a to základné mikrobiologické vyšetrenie (stanovenie prítomnosti protilátok) najskôr po 3 mesiacoch od prvého vyšetrenia a detekciu bakteriálnej DNA najskôr po 6 mesiacoch od primárneho vyšetrenia.

Čl. IV

Mikrobiologická diagnostika

- (1) Mikrobiologickú diagnostiku LB možno rozdeliť na základné a nadstavbové (špecializované) testy.
- (2) Základné mikrobiologické vyšetrenia môže vykonávať každé laboratórium klinickej mikrobiológie. Medzi tieto vyšetrenia patrí:
 - a) stanovenie špecifických protilátok triedy IgM a IgG testom EIA alebo testom nepriamej imunofluorescencie; pozitívny výsledok sa v prípade nepriekaznej klinickej symptomatológie upresní imunoblotovým testom,
 - b) pri podozrení na neuroboreliózu sa ako základné vyšetrenie robí paralelné stanovenie protilátok IgM a IgG v sére a likvore (stanovenie intrathekálnej tvorby špecifických protilátok), pozitívny výsledok sa v prípade potreby spresní imunoblotovým testom,
 - c) pri podozrení na boreliovú artritídu sa ako základné vyšetrenie robí stanovenie protilátok IgM a IgG v sére a v synoviálnej tekutine. Pozitívny výsledok sa v prípade potreby spresní imunoblotovým testom,
 - d) pri podozrení na očné formu boreliózy sa ako základné vyšetrenie robí paralelné stanovenie protilátok IgM a IgG v sére a materiáli z oka (stanovenie intraokulárnej tvorby špecifických protilátok). Výsledok sa v prípade potreby spresní imunoblotovým testom.
- (3) Nadstavbové (špecializované) mikrobiologické vyšetrenie vykonáva laboratórium klinickej mikrobiológie, ktoré má príslušné metódy akreditované (externá kontrola kvality):
 - a) dôkaz prítomnosti špecifických sekvencií bakteriálnej DNA v bioptických vzorkách kože (erythema migrans, erythema chronicum, acrodermatitis chronica), vo vzorkách synoviálnej tekutiny alebo synoviálnej výstelky (vyššia senzitivita), v likvore (menej ako 50 %-ná pozitivita pri neuroborelióze), prípadne v inom biologickom materiáli,
 - b) genotypizácia izolátov *Borrelia burgdorferi sensu lato* (sekvenácia, druho-špecifické primery a pod.),
 - c) izolácia, kultivácia a identifikácia izolátov *Borrelia burgdorferi sensu lato* z klinických vzoriek.,
 - d) dôkaz prítomnosti *Borrelia burgdorferi sensu lato* v kliešťoch.

Čl. V

Účinnosť

Toto odborné usmernenie nadobúda účinnosť dňa 30. 07. 2009.

Richard Raši, v.r.
minister

33.**Rozhodnutie o zmene zriaďovacej listiny Fakultnej nemocnice
s poliklinikou J. A. Reimana Prešov**

Bratislava 29. 6. 2009

Číslo: 15751 – 4/2009 - 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

m e n í**s účinnosťou od 1. júla 2009**

zriaďovaciu listinu Fakultnej nemocnice s poliklinikou J.A. Reimana Prešov zo dňa 14. 6. 1991 číslo 1970/1991-A/XI-1 v znení Opatrenia Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky zo dňa 11. 12. 1991 číslo 3909/1991-A, v znení Rozhodnutia o zmene názvu Nemocnice s poliklinikou Prešov zo dňa 10. 12. 1997 číslo: 2504/97-A-1855/97-OLP-Hr., v znení Rozhodnutia o zmene zriaďovacej listiny zo dňa 24. 5. 2001 číslo: M/2353/2001, číslo: SOČ-1660/2001/Práv-So, v znení Rozhodnutia o zmene zriaďovacej listiny zo dňa 20. 8. 2002 číslo: M/3532/2002, číslo SOČ-5002/2002/Kš, v znení Rozhodnutia o zmene zriaďovacej listiny zo dňa 11. 2. 2004 číslo: 03230–2/2004–OPP, v znení Rozhodnutia o zmene zriaďovacej listiny zo dňa 24. 8. 2004 číslo: 18000–3/2004–OPP, v znení Rozhodnutia o zmene zriaďovacej listiny zo dňa 25. 10. 2005 číslo: 27328–2/2005–SP, v znení Rozhodnutia o zmene zriaďovacej listiny zo dňa 15. 5. 2006 číslo: 15789–2/2006–SP, v znení Rozhodnutia o zmene zriaďovacej listiny zo dňa 3. 7. 2006 číslo: 19169–2/2006–SP, v znení Rozhodnutia o zmene zriaďovacej listiny zo dňa 29. 11. 2006 číslo: 27714–2/2006–OP, v znení Rozhodnutia o zmene zriaďovacej listiny zo dňa 21. 12. 2006 číslo: 28410-4/2006-OP, v znení Rozhodnutia o zmene zriaďovacej listiny zo dňa 17. 4. 2007 číslo: 08506-5/2007-OP a v znení Rozhodnutia o zmene zriaďovacej listiny zo dňa 2. 6. 2009 číslo: 13700 – 4/2009 - OP

t a k t o :

V časti upravujúcej predmet činnosti sa pôvodný text vypúšťa a nahrádza sa textom, ktorý znie:

„**Predmetom činnosti je poskytovanie zdravotnej starostlivosti v tomto rozsahu:**

A. Ambulantná zdravotná starostlivosť - špecializovaná v odboroch:

1. Vnútorné lekárstvo
2. Infektológia
3. Pneumológia a ftizeológia
4. Neurológia vrátane detskej neurológie
5. Psychiatria vrátane liečby drogovu závislých, detskej psychiatrie a gerontopsychiatrie
6. Preventívne lekárstvo a pracovné lekárstvo
7. Všeobecná starostlivosť o deti a dorast
8. Gynekológia a pôrodníctvo vrátane onkológie v gynekológii
9. Chirurgia vrátane hrudníkovej chirurgie, onkológie v chirurgii detskej chirurgie
10. Ortopédia
11. Detská ortopédia

12. Urológia vrátane onkológie v urológii a detskej urológie
13. Úrazová chirurgia
14. Otorinolaryngológia vrátane pediatrickej otorinolaryngológie
15. Oftalmológia vrátane detskej oftalmológie
16. Dermatovenerológia vrátane pediatrickej dermatovenerológie
17. Klinická onkológia
18. Detská klinická onkológia
19. Anesteziológia a intenzívna medicína
20. Hematológia a transfuziológia, vrátane detskej pediatrickej hematológie a transfuziológie
21. Nefrológia
22. Neurochirurgia
23. Plastická chirurgia
24. Klinická imunológia a alergológia
25. Radiačná onkológia
26. Foniatria
27. Reumatológia
28. Gastroenterológia
29. Kardiológia vrátane pediatrickej kardiológie
30. Diabetológia, poruchy látkovej premeny a výživy
31. Neonatológia, perinatológia
32. Geriatria
33. Endokrinológia, pediatrická endokrinológia
34. Cievna chirurgia
35. Maxilofaciálna chirurgia
36. Zubné lekárstvo
37. Transplantácia
38. Fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia
39. Ortopedická protetika
40. Sexuológia
41. Tropická medicína
42. Telovýchovné lekárstvo
43. Klinická psychológia
44. Algeziológia (liečba chronickej bolesti)
45. Klinická farmakológia
46. Dialyzačné stredisko
47. Lekárska genetika
48. Arytmia a koronárna jednotka
49. Hepatológia
50. Angiológia
51. Pediatrická gastroenterológia, hepatológia a výživa

B. Ústavná zdravotná starostlivosť - špecializovaná (vrátane ústavnej pohotovostnej služby)

v odboroch:

1. Vnútorne lekárstvo
2. Infektológia
3. Pneumológia a ftizeológia
4. Neurológia
5. Psychiatria vrátane liečby drogovo závislých
6. Preventívne lekárstvo a pracovné lekárstvo
7. Pediatria
8. Gynekológia a pôrodníctvo vrátane onkológie v gynekológii

9. Chirurgia vrátane hrudníkovej chirurgie a onkológie v chirurgii
 10. Ortopédia
 11. Urológia vrátane onkológie v urológii
 12. Úrazová chirurgia
 13. Otorinolaryngológia
 14. Oftalmológia
 15. Dermatovenerológia
 16. Klinická onkológia
 17. Detská klinická onkológia
 18. Anesteziológia a intenzívna medicína
 19. Hematológia a transfuziológia, krvná banka
 20. Nefrológia
 21. Neurochirurgia
 22. Plastická chirurgia
 23. Klinická imunológia a alergológia
 24. Rádioterapia
 25. Nukleárna medicína
 26. Gastroenterológia
 27. Kardiológia
 28. Diabetológia, poruchy látkovej premeny a výživy
 29. Neonatológia, perinatológia
 30. Intenzívna starostlivosť v pediatrii a intenzívna resuscitačná starostlivosť v pediatrii
 31. Geriatria
 32. Cievna chirurgia
 33. Arytmia a koronárna jednotka
 34. Chirurgia ruky
 35. Doliečovacie oddelenie
 36. Transplantácia
 37. Paliatívna starostlivosť
 38. Fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia
 39. Intenzívna starostlivosť v odbore chirurgia, vnútorné lekárstvo, kardiológia, neonatológia, pediatria, neurológia, úrazová chirurgia, infektológia, otorinolaryngológia, hematológia, gynekológia a pôrodníctvo
 40. Hepatológia
 41. Angiológia
 42. Oddelenie dlhodobo chorých
- C. Poskytovanie špecializovanej zdravotnej starostlivosti, odber orgánov a tkanív od darcov na transplantačné účely a ich spracovanie, tkanivová banka, transplantácia krvotvorných buniek a transplantácia rohovky.
- D. Centrálna sterilizácia
- E. **Jednodňová zdravotná starostlivosť** v odboroch: chirurgia, ortopédia, úrazová a plastická chirurgia, gynekológia, oftalmológia, otorinolaryngológia, urológia, maxilofaciálna chirurgia, gastroenterológia.
- F. **Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky** v odboroch: klinická biochémia, hematológia, klinická mikrobiológia, toxikológia a genotoxikológia, rádiológia, nukleárna medicína, funkčná diagnostika, lekárska genetika, patologická anatómia, osteodenzitometria, klinická imunológia a alergológia.
- G. Činnosti spojené s preventívnou zdravotnou starostlivosťou.
- H. **Činnosť centra pre sclerosis multiplex**

- I. Spolupráca so vzdelávacími ustanovizňami**, ktoré poskytujú stredoškolské, vysokoškolské a ďalšie vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov a v spolupráci s príslušnými odbornými spoločnosťami a stavovskými organizáciami v zdravotníctve organizuje sústavné vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov.
- J. Činnosť denných stacionárov v odbore:**
1. hematológia a transfuziológia
 2. vnútorné lekárstvo
 3. chirurgia
 4. neurológia
 5. klinická onkológia
 6. psychiatria
- K. Prevádzkovanie ambulancie rýchlej lekárskej pomoci vrátane mobilnej intenzívnej jednotky so sídlom v Prešov – časť sever a ambulancie rýchlej zdravotnej pomoci so sídlom Prešov – časť juhovýchod.**
- L. Pracovná zdravotná služba**
- M. Biomedicínsky výskum**
- N. Prevádzkovanie nemocničnej lekárne**

**Richard Raši, v.r.
minister**

34.

**Oprava opatrenia Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky
zo 4. júna 2009 č. OPL0209-13213/2009-OL, ktorým sa vydáva Zoznam liečiv
a liekov plne uhrádzaných alebo čiastočne uhrádzaných
na základe verejného zdravotného poistenia**

V Prílohe k opatreniu č. OPL0209 13213/2009- OL časti B Indikačné obmedzenia riadku L03AA13 Pegfilgrastim parent. opatrenia Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky zo 4. júna 2009 č. OPL0209-13213/2009-OL, ktorým sa vydáva Zoznam liečiv a liekov plne uhrádzaných alebo čiastočne uhrádzaných na základe verejného zdravotného poistenia **sa vykonáva táto oprava:**

1. V predvetí sa vypúšťajú slová „u pacientov s malignými ochoreniami liečených cytostatickou chemoterapiou“.

2. Doterajšie písmená a) až c) sa označujú ako písmená b) až d) a vkladá sa nové písmeno a), ktoré znie: „a) zbere kmeňových buniek na ich transplantáciu a vysokodávkovanú chemoterapiu,“.

3. V novovytvorenom písmene d) sa za slovo „nemalobunkovom“ vkladajú slová „a malobunkovom“ a za slovo „tkaniva“ sa vkladajú slová „, karcinóme žalúdka, karcinóme hlavy a krku a ovariálnom karcinóme“.

**Richard Raši, v.r.
minister**

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 predpisov 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:

ZS
STREČNIANSKA
13
BRATISLAVA

083435020201
MUDr. OLGA PREŤOVÁ
všeobecný lekár pre dospelých
A81522020

1

K odcudzeniu pečiatky došlo 24. 6. 2009.

2. Text pečiatky:

OFTASAN
spol. s.r.o.
Poliklinika
K.Ves BA
Líščie údolie 57

P43443020201
MUDr. Bobříková Eva
všeobecný lekár
pre dospelých
A 39272020

K odcudzeniu pečiatky došlo 24. 6. 2009.

OZNÁMENIE

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky oznamuje uverejnenie osobitného vydania Vestníka Ministerstva zdravotníctva SR v mesiaci jún 2009:

Opatrenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. OPL0209-13213/2009-OL zo 4. júna 2009, ktorým sa vydáva Zoznam liečiv a liekov plne uhrádzaných alebo čiastočne uhrádzaných na základe verejného zdravotného poistenia

Opatrenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. OPP0209-13105/2009-OL zo 4. júna 2009, ktorým sa vydáva Zoznam zdravotníckych pomôcok plne uhrádzaných alebo čiastočne uhrádzaných na základe verejného zdravotného poistenia

Opatrenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. OPD0209-13199/2009-OL zo 4. júna 2009, ktorým sa vydáva Zoznam dietetických potravín plne uhrádzaných alebo čiastočne uhrádzaných na základe verejného zdravotného poistenia

Opatrenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 07045-28/2009-OL zo 4. júna 2009, ktorým sa mení opatrenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 07045/2003-OAP z 30. decembra 2003, ktorým sa ustanovuje rozsah regulácie cien v oblasti zdravotníctva v znení neskorších predpisov

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 vybavenie 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