

2. Као заступник УЈЕДИЊЕНИХ РЕГИОНА СРБИЈЕ уписује се Млађан Динкић из Београда.

3. Ово решење објавити у „Службеном гласнику Републике Србије“.

Број 00-00-00055/2013-34

У Београду, 10. јуна 2013. године

Министар,

Никола Селаковић, с.р.

2212

На основу члана 42. став 3. Закона о пореском поступку и пореској администрацији („Службени гласник РС”, бр. 80/02, 84/02 – исправка, 23/03 – исправка, 70/03, 55/04, 61/05, 85/05 – др. закон, 62/06 – др. закон, 61/07, 20/09, 72/09 – др. закон, 53/10, 101/11, 2/12 – исправка, 93/12 и 47/13),

Министар финансија и привреде доноси

ПРАВИЛНИК

о изменама и допунама Правилника о информативној пореској пријави

Члан 1.

У Правилнику о информативној пореској пријави („Службени гласник РС”, бр. 117/12, 118/12 – исправка, 16/13 и 28/13), у члану 1. речи: „од посебног значаја за фискални интерес Републике Србије” замењују се речима: „од значаја за утврђивање пореске обавезе подносиоца те пријаве”.

Члан 2.

У члану 2. став 1. речи: „Подацима од посебног значаја за фискални интерес Републике Србије, у смислу члана 42.” замењују се речима: „Подацима од значаја за утврђивање пореске обавезе подносиоца информативне пореске пријаве, у смислу члана 42. став 2.”, а речи: „2/12 – исправка и 93/12” замењују се речима: „2/12 – исправка, 93/12 и 47/13”.

Члан 3.

У члану 4. додаје се став 6, који гласи:
„Обвезник подношења пријаве може да достави документацију, односно додатне информације у вези са пријављеном имовином.”

Члан 4.

У члану 5. додаје се став 2, који гласи:
„Документација, односно додатне информације из члана 4. став. 6. овог правилника, подносе се Пореској управи – Централни путем поште.”

Члан 5.

Обвезник подношења пријаве, који је до дана ступања на снагу овог правилника поднео информативну пореску пријаву у складу са Правилником о информативној пореској пријави („Службени гласник РС”, бр. 117/12, 118/12 – исправка, 16/13 и 28/13), није у обавези да поново поднесе информативну пореску пријаву.

Члан 6.

Овај правилник ступа на снагу наредног дана од дана објављивања у „Службеном гласнику Републике Србије”.

Број 110-00-268/2013-04
У Београду, 13. јуна 2013. године

Министар,
Млађан Динкић, с.р.

2213

На основу члана 33. ст. 1. и 3. Закона о заштити становништва од заразних болести („Службени гласник РС”, број 125/04), Министар здравља доноси

УПУТСТВО

за превенцију и сузбијање болничких инфекција изазваних бактеријом *Clostridium difficile*

I. Садржина Упутства

1. Овим упутством прописује се начин спровођења одговарајућих стручних, организационих и других прописаних мера од стране здравствених установа, других облика обављања здравствених делатности (приватна пракса), социјалних установа у којима се обавља и здравствена делатност и других правних лица која могу обављати здравствену делатност за своје запослене, у циљу превенције и сузбијања болничких инфекција изазваних бактеријом *Clostridium difficile* (у даљем тексту *C. difficile* инфекција).

Clostridium difficile (*C. difficile*) је спорогена, грам позитивна анаеробна бактерија, изолована први пут 1935. године из столице новорођенчади, а 1978. године први пут повезана са настанком псеудомембранозног ентероколитиса.

C. difficile је бактерија осетљива у вегетативном облику, а може спорулисати у средини, када не постоје услови за њен активни раст. Способност стварања спора омогућава бактерији да перзистира и преживи у околини (нпр. на сувим површинама) дужи период времена.

Ова бактерија може узорковати гастроинтестиналне инфекције које се могу манифестовати од асимптоматских колонизација до озбиљних и тешких дијареја, псеудомембранозног ентероколитиса, интестиналне перфорације или довести до смртних исхода. Фактори вируленције ове бактерије су токсини (А, Б и новооткривени тзв. бинарни токсин), који доводе до инфламације, оштећења мукозе и секреције, односно до дијареје или колитиса.

Запаљење црева изазвано бактеријом *C. difficile* подлеже обавезном пријављивању од 2004. године у складу са Законом о заштити становништва од заразних болести („Службени гласник РС”, број 125/04) и Правилником о пријављивању заразних болести и других случајева утврђених законом о заштити становништва од заразних болести („Службени гласник РС”, бр. 98/05 и 107/05 – исправка).

II. Епидемиологија

2. Токсини бактерије *C. difficile* изолују се из столице 15–25% пацијената који имају пролив удружен са употребом антибиотика и из столице 95% пацијента са псеудомембранозним ентероколитисом.

Резервоар инфекције могу бити:

- колонизоване (асимптоматске) особе,
- оболеле особе и
- болничка средина.

3. *C. difficile* се у болничкој средини може преносити:

- преко контаминираних руку болесника са *C. difficile* инфекцијом,
- преко руку здравствених радника и/или предмета и прибора из околине инфицираног пацијента контаминираних вегетативним обликом или спорама ове бактерије.

Степен контаминације средине спорама *C. difficile*-а је пропорционалан броју болесника који имају пролив узрокован овим микроорганизмом.

4. Постоји више фактора ризика који су значајни са настанак *C. difficile* инфекција. Најзначајнији су: а) некритична употреба антибиотика широког спектра, који делују на физиолошку цревну флору пацијента б) ингестија вегетативног или спорогеног облика бактерије *C. difficile*. Такође су значајни: старост изнад 65 година, тежина основног обољења, присуство назогастричне тубе, примена лекова за превенцију и терапију гастроинтестиналног улкуса, као и дужина болничког лечења. И вируленција исход од сојева *C. difficile*-а је важан фактор за настанак обољења.

Неке особе изложене наведених факторима развије обољење, друге могу постати само колонизовани (асимптоматски) носиоци *C. difficile*-а.

III. Дијагноза

5. Дијагноза обољења поставља се на основу клиничког налаза и микробиолошке дијагностике.

IV. Дефиниција случаја

6. *C. difficile* инфекција мора испунити најмање један од следећих критеријума:

- Проливасте столице или токсични мегаколон и позитиван лабораторијски налаз токсина у столицама или на копрокултури
- Псеудомембранозни колитис ендоскопски доказан
- Хистопатолошки налаз промена које иду у прилог инфекцији *C. difficile* на колону (са или без дијареје) у узорку узетом ендоскопски, колектомијом или приликом аутопсије.

7. *C. difficile* инфекција се сматра да је настала у здравственој установи, односно у другом облику здравствене делатности из тачке 1. овог упутства:

- а) уколико се јавила 48 сати или касније по пријему у здравствену установу, односно у други облик здравствене делатности из тачке 1. овог упутства
- б) уколико је пацијент отпуштен из здравствене установе, односно из другог облика здравствене делатности из тачке 1. овог упутства, у оквиру претходне четири недеље.

V. Микробиолошка дијагностика

8. Значајно место у дијагностици има и правилно узорковање материјала за микробиолошку дијагностику. Потребно је узети одговарајућу, већу количину течне или кашасте столице болесника са дијарејом пре започињавања циљане антибиотске терапије и у року од два сата послати је у микробиолошку лабораторију. Уколико је неопходно, узорак столице се може чувати на температури од 2 до 8°C до 72 сата. Дијагноза се поставља доказивањем токсина у столицама (ЕЛИСА тестом). Могуће је урадити и култивацију анаеробне бактерије и затим на бактерији у култури тестирати продукцију токсина. Примена молекуларне дијагностике и утврђивање риботипа токсогених сојева *C. difficile* врше се у Референтној микробиолошкој лабораторији према епидемиолошким индикацијама.

9. Лабораторијска контрола на *C. difficile* се не ради након успешно спроведене терапије и нормализовања столице. Скрининг и рутинско узорковање фекаса за детекцију бактерије *C. difficile* се не спроводи, изузев при епидемиолошким истраживањима.

VI. Терапија

10. Код иницијалне епизоде, лакше болести (мање од четири столице дневно терапија је): рехидрација, прекид антибиотске терапије.

11. Код иницијалне епизоде, средње тешке болести ($Le < 15 \times 10^9/l$): прописује се метронидазол 3 x 500 mg per os у трајању 10–14 дана.

12. Код иницијалне епизоде, тешке болести ($Le > 15 \times 10^9/l$) старији узраст (>65 година), прееризитентно имунодефицијентно стање или запаљење црева, или вредности креатинина 1,5 пута веће од нормалних вредности, претходни неуспех терапије метронидазолом: прописује се ванкомицин 4 x 125 mg per os у трајању 10–14 дана.

13. Код иницијалне епизоде, фулмиантни колитис (или токсични мегаколон) бол у трбуху, фебрилност, леукоцитоза ($Le > 25 \times 10^9/l$) или леукопенија ($Le < 15 \times 10^9/l$), хипоалбуминемича (<30 g/l), хипотензија (шок), дистензија трбуха, прописује се: ванкомицин ректалне клизме (4 x 500 mg) и имуноглобулин 400 mg/kg интравенски.

14. Код токсичног мегаколона, шлеуса, перфорације: хируршко збрињавање.

15. Уз антибиотску терапију саветује се неки од пробиотика и одговарајући дијетални режим исхране.

Почетна доза ванкомицина је 500 mg дневно (4 x 125 mg). Статистички није доказана разлика у дужини трајања инфекције болесника лечених већим дозама ванкомицина, осим у случају компликација. Истовремено давање метронидазола је оправдано само у случају компликација.

Лечење рецидива је идентично као и у случају прве епизоде инфекције, али у трајању од 21 дан.

VII. Мере превенције и сузбијања

16. При спровођењу мера превенције и сузбијања *C. difficile* инфекција неопходно је имати двоструки приступ:

- 1) Редуковати факторе ризика за настанак инфекција (рационална примена антибиотика);
- 2) Прекинути хоризонтално ширење *C. difficile* са пацијента на пацијента у здравственој установи и другом облику делатности из става 1. Опште одредбе овог упутства.
17. Редукција фактора ризика за настанак инфекција – рационална примена антибиотика.

Потребно је ограничити примену антибиотика само на оне случајеве где су индиковани, јер је у највећем броју случајева *C. difficile* инфекција у вези са применом антибиотика. Индикација за примену антибиотика се поставља на основу клиничке слике, параметра запаљења (фибриноген, Ц реактивни протеин – CRP, прокалцитонин), и према изолованом узрочнику и његовој осетљивости на антибиотике.

Дужина примене антибиотика треба да буде временски ограничено, по протоколу, посебно у току профилактичке примене антибиотика у хирургији.

18. Прекинути хоризонтално ширење *C. difficile* са пацијента на пацијента у здравственој установи и другом облику здравствене делатности из тачке 1. овог упутства.

Применити следеће мере контактне изолације:

- 1) Одвојити (изоловати) све пацијенте са сумњом на *C. difficile* инфекцију или са потврђеном инфекцијом у једнокреветне собе са посебним санитарним чвором или направити кохортну изолацију (све болеснике са сумњом на *C. difficile* инфекцију или са потврђеном инфекцијом груписати у исту собу са посебним санитарним чвором.

Поступити пре уласка у собу за изолацију:

Обући личну заштитну опрему овим редоследом:

- заштитни мантил/кецеља,
- рукавице за једнократну употребу.

Поступити пре изласка из собе за изолацију:

- Личну заштитну опрему скинути овим редоследом:
- рукавице,
- заштитни мантил/кецеља.

– Све употребљене делове личне заштитне опреме одложити у кесе за инфективни медицински отпад, према препорукама за правилно управљање медицинским отпадом.

– Обавити хигијену руку водом и сапуном (због резистенције спора на алкохолне препарате, у овом случају не користити средства на бази алкохола у хигијени руку).

2) Опрема која се користи код пацијената са сумњом на *C. difficile* инфекцију или са потврђеном инфекцијом треба да буде за једнократну употребу или намењена само овим пацијентима. Опрему и предмете који се користе за остале пацијенте, после употребе темељно опрати и дезинфиковати препаратом са спорицидним ефектом.

3) Особе које ради са пацијентима у изолацији не треба да ради у другим деловима здравствене установе, односно другог облика здравствене делатности из тачке 1. овог упутства (персонална сепарација).

4) Едуковати пацијента о значају личне и опште хигијене и примени поступака личне хигијене, а неспоретним и слабо покретним пацијентима редовно спроводити хигијену од стране медицинског особља и водити евиденцију о томе.

5) Едуковати особље које ради на одржавању хигијене болничке средине о правилном одржавању хигијене болничке средине.

6) Обавити темељно чишћење и прање површина уобичајеним раствором детерџента и испирање чистом водом пре наносења дезинфицијенса са спорицидним дејством у непосредној околини болесника и другим местима на којима се споре могу наћи (ормарићи, површине у тоалетима, лаваби, каде, каике, ноћне

посуде, термометри за мерење телесне температуре ректалним путем, прекидачи за светло и друга контаминирана подручја болничке средине) најмање два пута у смени.

7) За дезинфекцију користити радне растворе хлорних препарата са најмање 0,1% активног хлора (или 1000 ppm) па до 0,48% активног хлора (или 4800 ppm), у зависности од површине и могућности њене контаминације, или неког другог дезинфекционог средства намењеног за површине у околини пацијента са декларисаним дејством на споре *C.difficile*-а. У случају употребе јачих концентрација раствора за дезинфекцију, потребно је собу испразнити од људи, а пре уселења просторију добро проветрити. Радне растворе припремати непосредно пре употребе у складу са препоруком произвођача.

Након пребрисавања хлорним препаратом, површине оставити да се осуше на ваздуху (површину не брисати).

8) Треба осигурати одвојени прибор за одржавање хигијене простора, опреме и уређаја у собама за изолацију. Пожељно је да се крпе за чишћење перу у машинама након сваке употребе.

9) Прљава рубље стављати директно у пивч кесу за одлагање веша, у простору за изолацију.

10) Рубље прати водом и детергентом у складу са процедурама за руковање и спровођење поступака приликом прања рубља.

11) Посуђе прати водом и детергентом у складу са процедурама за руковање и спровођење поступака приликом прања посуђа.

12) Посебну пажњу обратити на процедуру клистирања пацијената (неопходна је употреба клизми и додатних средстава и рукавица за једнократну употребу).

13) Ограничити кретање пацијената изван собе за контактну изолацију. Уколико је потребно спровести неке дијагностичке и терапијске процедуре ван простора изолације, упозорити особље на придржавање мера контактне изолације у раду са пацијентом.

14) Контактну изолацију укинути 48 сати након престанка дијареје.

15) Уколико се пацијент премешта на друго одељење, здравствену установу или места колективног смештаја, у отпусној листи обавезно нагласити да је пацијент имао *C.difficile* инфекцију (болесници могу остати колонизовани дуго времена након отпуштања из болнице).

VIII. Ступање на снагу

19. Ово упутство ступа на снагу наредног дана од дана објављивања у „Службеном гласнику Републике Србије“.

Број 500-01-1013/2013-07
У Београду, 27. маја 2013. године

Министар,
проф. др Славица Ђукић Дејановић, с.р.