
ORSZÁGOS EPIDEMIOLÓGIAI KÖZPONT



[Beszámoló
nemzetközi
konferenciáról](#)

617

[Fertőző
betegségek
adatai](#)

624

Epidemiológiai Információs Hetilap

NEMZETKÖZI INFORMÁCIÓ

BESZÁMOLÓ A NEMZETKÖZI UTAZÁSI MEDICINA TÁRSASÁGA ÉSZAK-EURÓPAI REGIONÁLIS KONFERENCIÁJÁRÓL

2006. június 7-10. között tartották Skócia fővárosában, **Edinburgh**-ban a **Nemzetközi Utazási Medicina Társaság** (International Society of Travel Medicine – ISTM) **regionális konferenciáját**, ahol 70 ország több mint 1000 résztvevővel képviselte magát.

A fő témák a felmelegedéssel kapcsolatos változások, a védőoltással megelőzhető betegségek (hepatitis A, kolera, kullancsencephalitis), a malária profilaxisa és szervezési kérdések voltak.

A **globális felmelegedés** következményeiről több előadás is szólt (James Willis, Eric Noji). Az átlaghőmérsékletnek 100 évente 2°C-szal történő emelkedése azt eredményezi, hogy a kánikulai napok száma is nő, ami évente akár 50 napot is elérhet a mediterrán országokban. Európában 2003 nyarán észlelték az elmúlt évtized hőségrekordját. Ezzel összefüggésben az összhalálozás Franciaországban 1400 fővel emelkedett. Idős és túlsúlyos városnéző turistáknál erre a kockázatra is gondolni kell. Részben a felmelegedéssel hozzák összefüggésbe a szalmonellózis előfordulásának 5-10%-os emelkedését és a vektorok által terjesztett betegségek

(kullancsencephalitis, malária, nyugat-nílusi láz, Chikungunya-láz) földrajzi elterjedésének növekedését is.

A védőoltással megelőzhető betegségek közül az étellel, vízzel is terjedő fertőző betegségek (hepatitis A, ETEC, hastífusz) és a kullancsencephalitis volt a fő téma (európai regionális konferencia!).

A **hepatitis** vírusok (A, B, C, E) elterjedtségéről, járványtani sajátosságairól, a klinikai képről és a megelőzés lehetőségéről neves előadók (Jane Zuckerman, Prof. Frank von Sonnenburg) beszéltek. (Az európai járványügyi adatokat a www.eurohep.net honlapon lehet követni.) Az alacsony incidenciájú országokból endémiás területre utazókat leggyakrabban **hepatitis A** elleni oltják. Az utazók hepatitis A veszélyeztetettsége nem lebecsülendő, emlékeztettek a Hurghadában (Egyiptom) lezajlott, 350 német turistát érintő járványra. Az utazás során, egyedül a higiénés előírások betartásával nem lehet biztonsággal megelőzni a fertőzést. A hepatitis A ellen alkalmazott vakcinasorozat az első oltást követő 13. naptól átlagosan 79 %-ban, a 19. napot követően közel 100%-ban alakít ki védettséget, az ellenanyagszint átlagosan nagyobb mint 33 mIU/mL (védőérték > 20 mIU/mL). A második oltást a 6 – 18. hónap között adva tartós, 10-20 éves védettség biztosítható. Számítások szerint 20 év után is jelen vannak a protektív ellenanyagok. Ha természetes booster hatás is érvényesül (az oltott személy megfertőződik), akkor valószínűleg újraoltás nem szükséges.

A hepatitis A elleni védelem a legszélesebb körben javasolt az utazóknak. Angliában például 1992-től 2004-ig hatszorosára nőtt az oltottak száma. Európában a mediterrán országok jelentenek elsősorban kockázatot. Olaszország, az észak-afrikai országok, Törökország is a magas incidenciájú területek közé tartoznak, részben az étkezési szokások (nyers vagy részben hőkezelt tenger gyümölcse: rák, hal, kagyló, osztriga), részben a rossz higiénés körülmények, piacon, utcai árusoknál való étkezés miatt.

A **hepatitis B** oltások indikációja jelentősen kibővült, melynek oka nem csak az, hogy népszerű a szexturizmus, hanem az is, hogy igen sok idős, krónikus beteg utazik, akiknél az esetleges orvosi beavatkozások során nozokómiális fertőzés akvirálásának lehet esélye. Egy vizsgálatban, melyben Belgium,

Finnország, Hollandia, Németország, Spanyolország, Anglia és Olaszország vett részt, 4 000 turista utazási szokásait mérték fel a hepatitis B kockázatának viszonylatában. A felmérés szerint a legnagyobb kockázatot az eldugott településeken tett, két hétnél hosszabb kirándulás, utazás jelenti. Az összes kockázati tényező között az alkalmi szexuális kapcsolat aránya 9 %-ot, a vérzés és baleset összesen 6 %-ot tett ki. Az oltóközpontok egységesen arra törekednek, hogy - az utazás kockázatától függetlenül - minden oltatlan gyermeknek és felnőttnek felajánlják az oltási sorozatot, mely életre szóló védettséget nyújt.

A hepatitis A és B szimpóziumokon postmarketing hatásossági vizsgálatokról szóló előadások hangzottak el a monovalens (Havrix, Vaqta, Engerix B, HBVAX Pro) és kombinált oltóanyagokkal (Twinrix) kapcsolatban. A kombinált hepatitis A+B oltóanyaggal (Twinrix) történő gyorsított oltási sorozat (0. 7. 21. nap + 12 hónap) különösen gyakori, „kedvelt” az utazók körében. Ennek oka az, hogy a szokásos oltási időköz (0. 1. 6-12 hónap) nehezen tartható be az utazás előtt fennmaradó rövid idő miatt. A gyorsított oltás után egy hónappal levett vérmintában anti-HBs ellenanyag az oltottak 98%-ában, protektív anti-HBs titer feletti érték az oltottak 80%-ában mutatható ki. Három hónap múlva az arány 98%, 95% és közel 100%-os a két-két különböző monovalens vakcinát és a Twinrixet kapó csoportot összehasonlítva. Az ellenanyagválasz 18 - 45 éves kor között egyformán erős. A hepatitis A+B kombinált oltás jelentősége a kétféle vírusfertőzés kockázatának növekedésével párhuzamosan nő. Nem elhanyagolható szempont a jobb compliance (oltási „hajlandósági” arány) sem. A WHO javaslata az, hogy az európai országokban 2015-ig kerüljön be a hepatitis A és B elleni immunizáció a gyermekekori oltási rendbe.

A szimpóziumokat interaktív blokkok zárták. Gyakran felmerülő vagy éppen ellenkezőleg, nagyon is speciális kérdéseket vitattak meg a szakemberek, a hallgatók véleményét is kikérve. Két érdekes témát érdemes kiemelni: **az oltási sorozat elhúzódtását** és a krónikus betegek oltását. Az elsővel kapcsolatos kérdés az volt, hogy mi a teendő, ha a három oltásból álló sorozat közben, az első és második oltás között 5 év telik el? A szavazók többsége újra kezdi az oltási sorozatot, mások ellenanyagszintet néznének, kevesen mernék vállalni azt, hogy előírt ütemben folytatják az oltást. A

krónikus betegek oltásának kérdése is megosztotta a szavazókat és a szaktekintélyeket. Egyedi eljárással kell-e oltani a krónikus betegeket (vesebeteg, immunkárosodott)? A többség a sorozat befejezése után egy hónappal ellenanyag-szint-ellenőrzést végez, és alacsony titer esetén még egy adaggal történő vakcinázást rendel el. Általánosságban meglehetősen népszerű az ellenanyag-vizsgálat Európa-szerte. A megszakadt oltási sorozatnál is, az oltások folytatás előtt és után is végeznek ilyen vizsgálatot.

A védőoltással megelőzhető betegségek közül a **kullancsencephalitis** elleni vakcinázás volt a másik nagy téma. (Végre valami, ami ellen oltani lehet az Európába utazókat!...) Térképeken mutatták a betegség elterjedésének növekedését, és járványügyi adatokkal bizonyították a regisztrált megbetegedések számának megduplázódását (Prof. Dr. Ursula Kunze). A vírussal fertőzött kullancsok által érintett területek a balti államoktól Bulgáriáig, Franciaország nyugati határától Ázsiáig húzódnak. Az érintett országokban az elmúlt három évben átlagosan kétszeresére emelkedett az incidencia. Ausztria és Németország 2005/2006-tól bevezette az iskoláskorúak oltását. Az 1-16 évesek részére az Encepur K mellett az FSME Immun junior is megjelent. A szokásos oltási rend szerint a 0. napot követően az 1-3. és 5-12. hónap között, három alkalommal kell oltani. A gyorsított oltási rend a két oltóanyagnál eltérően alakul: 0., 7., 21 nap, illetve 0., 14. nap. Az emlékeztetőoltás első alkalommal 3 év múlva, majd 5 évente esedékes. Ellenanyag-vizsgálatkor a sárgaláz ellen oltottaknál a keresztreakció miatt fals-pozitív eredményt észlelnek, de az oltások beadásakor interakció nincs.

Az enterális kórképek témakörében az ETEC és a cholera elleni orális vakcina (Dukoral) előnyeiről volt szó. Ez a szájon át adandó oltóanyag az utazók hasmenését leggyakrabban okozó ETEC elleni antitoxikus immunitást, hőlabilis neutralizáló ellenanyag termelését és a specifikus IgA emelkedését is kiváltja (Eskid Peterson).

A **maláriakérdés** mindig a legizgalmasabb téma ezeken a konferenciákon. Nagyon eltérő a CDC és a WHO szakembereinek véleménye az optimális megelőzés és öngyógyítás vonatkozásában. A CDC ajánlása defenzív, azaz a WHO javaslatához képest kiterjedtebben, már 1-2 napig fennálló kockázat

esetén is javasolja a gyógyszeres védelmet. Európában a legmarkánsabb a német nyelvterületeken dolgozó szakemberek állásfoglalása. Véleményükben határozottan elkülönül a csoportos és egyéni út, valamint a párnapos és a többhetes kinntartózkodás. Elvük az, hogy ha a lappangási időn belül (5 nap) már otthon van az utazó, kezeltesse magát otthon, ne szedjen tablettát, hiszen úgy is a szedők alig fele tartja be az utasítást. Csoportos út esetén preferálják az öngyógyítást ill. a helyi diagnózist és kezelést, számítva arra, hogy az idegenvezető segít a beteg utasnak, és az idegen nyelv használata sem jelent problémát. Gyakorlott utazók azonban feltehetik a kérdést, hogy a többi utas is a klinikalátogatást választaná a tervezett program helyett?

A preventív gyógyszerek között – magas ára ellenére - a „legnépszerűbb” az atovaquon+proguanil kombináció (Malaron). Hatásosságát tekintve is előnyösebb a mefloquinnál, de általában csak a malára-endémiás területen öt napnál rövidebb ideig tartózkodóknak ajánlják. Egyre kevesebb területen hatásos a chloroquine+proguanil kombináció: Afrikában már csak két országban (Etiópia és Mauritánia), India keleti részén és Sri Lankán. Ott, ahol vegyes érzékenyséű *Pl. vivax* fordul elő, a mefloquine önmagában nem elegendő a prevencióra. Az öngyógyítás (stand-by) gyógyszerei közül egyre több tapasztalat gyűlt össze az arthemeter+lumefantrin kombinációval. A klasszikusnak számító szerek mellett az új kombinációkat is széles körben alkalmazzák (dapson+chlorproguanil, a mefloquine, a quinine és az atovaquone+proguanil). A gyógyszeres megelőzés mellett a szúnyogok távoltatására alapozott védekezés jelentősége sem elhanyagolható, erre minden utazó figyelmét fel kell hívni.

A repülőutazások szempontjából kockázati csoportba tartozók utazása

Ebbe a kockázati csoportba sokféle beteg tartozik: a 65 évnél idősebbek, a túlsúlyosok, a kardiálisan dekompenzáltak, a krónikus obstruktív pulmonális elváltozásban (COPD), pulmonális fibrózisban, hipertóniában, diabéteszben stb. szenvedők. Ezen csoportból minden harmadik ember külföldi útja során is egészségügyi problémákkal küzd. Szerencsés esetben talál megfelelő orvosi ellátását, és a biztosítása fedezi a költségeket. Ajánlatos az indulás előtt egy állapotfelmérés, szüksége esetén speciális felkészülés, indokolt esetben az utazás módosítása. Nem ajánlatos a repülőút azoknak, akiknek

szisztolés vérnyomása 200 Hgmm-nél nagyobb, az utazást megelőző 14 napon belül szívinfarktuson, vagy 14 héten belül by-pass műtéten estek át, vagy instabil anginájuk van. Ha az utazás halaszthatatlan, a légitársaságok kerekesszékes földi szállítást és oxigénpótlást biztosítanak. Esetenként a biztosítótársaságok saját orvosai szakvéleményét is kérhetik az utaztatás biztonságát illetően. Mérsékelt hypoxiával járó pulmonalis fibrosis és obstructio esetén antibiotikum-védelemmel és kisdózisú szteroiddal lehet enyhíteni a tüneteket (Iain McIntosh).

A „last minute” utazások esetén néhány országban a gyorsított oltási rendtől is eltérhetnek az oltóorvosok. Ez csak a felnőttek immunizálásakor jöhet szóba, és ilyenkor az egyes oltóanyagok (dT+IPV, hepa B, hepatitis A+B) minimum négy nap időközzel alkalmazható. A gyorsan kialakuló magas ellenanyagszint csak átmeneti, emiatt 12 hónap múlva még egy oltásra szükség van, és az aspecifikus védelem fokozott betartását különösen hangsúlyozni kell.

Szervezeti kérdések: Angliában és Skóciában speciális egészségügyi felkészültségű nővérek és asszisztensek vezetik az utazási klinikákat. Kompetenciájukban tartozik a teljeskörű tanácsadás, az oltások indikálása és beadása. A szakdolgozók rendszeres továbbképzéseken vesznek részt. Ha konzultáció válik szükségessé, az orvos „telefonvégen” van. Csak akkreditált központok tevékenykedhetnek, az engedélyt – térítési díj ellenében - évente meg kell újítani. Több mint 3 000 oltóközpont működik országszerte. Csak bejelentkezéssel fogadnak utazót, a konzultációért fizetni kell, az oltóanyagokért nem. A beadott oltások után az orvos/nővér külön díjazásban részesül (prevenció fontossága). Döntően tehát jó felkészültségű asszisztensek (clinical nurse) végzik a munkát, így nem csoda, hogy a konferencia szervezői is ők voltak. Regionális szervezeteiknek több standja volt, honlapjaik anyagát, ismeretterjesztő könyveiket is meg lehetett nézni.

A Nemzetközi Utazási Medicina Társaság konferenciái mindig nagyon színesek és tanulságosak. Különösen hasznos, hogy különböző megközelítésekkel és eltérő kulturális háttérrel hangzanak el a vélemények, például szembesítik a CDC, a WHO hivatalos állásfoglalását az adott ország szakembereinek véleményével. Megdönthetetlen szabályok, „egyetlen jó megoldás” soha sincs. Ezt a változatosságot itthon, a mindennapi munkánkban is tapasztaljuk, ez teszi az utazási medicinát különösen érdekes szakterületté.

A tájékoztatást adta: dr. Jelenik Zsuzsanna osztályvezető főorvos
OEK Nemzetközi Oltóközpont

Szerkesztőségi megjegyzés: Az OEK Nemzetközi Oltóközpontjában 2005-ben 8 777 utazó kapott orvosi tanácsot és oltást. Az oltási tevékenységet az alábbi táblázat foglalja össze.

Megelőzendő betegség/oltóanyag	Oltások száma
Sárgaláz	3 255
Invazív Meningococcus (A, C, W135, Y) betegség	975
Hastífusz	2 309
Morbilli-mumpsz-rubeola	157
Diftéria-Tetanusz	1 092
Poliomyelitis	253
Gamma-globulin	182
Hepatitis A	4 512
Hepatitis B	2 521
Hepatitis A és B	1 434
Kolera ellen	117
Veszettség	60
Invazív Pneumococcus betegség	6
Influenza	138
Összesen	17 011

Az OEK Nemzetközi Oltóközpontjában a szakmai munkát - a WHO és a CDC javaslatait is figyelembe véve - a németországi Centrum für Reisemedicine irányelvei szerint végzik, melyeket a hazai utazási szokásokhoz és egészségügyi tájékozottsághoz adaptálnak. Az Oltóközpont szerepel a Nemzetközi Utazási Medicina Társaság által regisztrált és a nemzetközi utasoknak is ajánlott listán.

A HAZAI JÁRVÁNYÜGYI HELYZET ÁLTALÁNOS JELLEMZÉSE

A **2006. november 27-december 3.** közötti időszakban bejelentett fertőző megbetegedések alapján az ország járványügyi helyzete az alábbiakban foglalható össze:

Az **enterális fertőző betegségek** közül a **salmonellosis** esetek száma közel harmadával emelkedett az előző héthez viszonyítva, a betegség járványügyi helyzete a korábbi évek azonos heténél kedvezőtlenebbül alakult.

A **campylobacteriosis** esetek száma másfélszerese volt a 47. hetinek, azonban betegség epidemiológiai helyzete kedvezőbbnek minősíthető, mint az korábbi évek hasonló időszakában. Az előző hetinél harmadával több **enteritis infectiosa** bejelentés érkezett, a regisztrált esetek száma kétfélszeresét tette ki a 2005. év azonos hetében nyilvántartásba vettnek, illetve a megfelelő mediánnak.

A héten **11 újabb gastroenteritis járványról** érkezett jelentés. Két esetben kórokozóként **calicivírust** igazoltak, kilenc esetben a fertőző ágens jelenleg még nem ismert. Egy tömeges méretű calicivírus-járvány alakult ki **Kaposváron**, ahol a **megyei kórházban** november 11 óta legalább öt osztály volt érintett. 200 veszélyeztetett személy közül ezideig **39 betegedett meg**.

Ezen a héten 12 akut **vírushepatitis** esetet jelentettek, kevesebbet, mint az elmúlt héten (21), illetve 2005. év azonos hetében (16). Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében öt, Baranya megyében négy, Bács-Kiskun, Veszprém és Zala megyében egy-egy esetet diagnosztizáltak. A Baranya megyei esetek az **Istvándiban** kialakult HAV járvánnyal hozhatók kapcsolatba.

Az előző hetinél közel kétharmadával több **scarlatina** megbetegedést regisztráltak, a heti esetszám két és félszerese volt az előző év azonos hetében észleltnek és háromszorosa a 2000-2004. évek azonos hetét jellemző mediánnak. Több mint negyedével emelkedett a **varicella** bejelentések száma az elmúlt héthez képest, a bárányhimlő járványügyi helyzete a heti adatokat tekintve a korábbi évekéhez hasonlóan alakult. A 48. héten egy **rubeola**, és három **parotitis epidemica** esetet jelentettek, **pertussis** és **morbilli** nem került a nyilvántartásba.

Ezen a héten nem érkezett bejelentés **meningitis purulenta** megbetegedésről. A két **meningitis serosa** és két **encephalitis infectiosa** eset etiológiája jelenleg még ismeretlen.

A héten 17 **Lyme-kór** esetet regisztráltak. A betegség járványügyi helyzete hasonlóan alakult, mint az elmúlt év, illetve a 2000-2004. évek azonos hetében. A legtöbb bejelentés Nógrád és Somogy megyéből érkezett.

Öt újabb **tularemia** megbetegedés adatai kerültek a nyilvántartásba, ezzel az év eleje óta jelentett esetszám 154-re emelkedett, amely közel kétszerese az elmúlt év 1-47. hete között bejelentett esetek számának. Az öt megbetegedés közül háromnál a tünetek több mint egy hónapja kezdődtek. Az esetek Fejér (3 eset), Veszprém (1) és Szabolcs-Szatmár-Bereg (1) megyékben fordultak elő.

EGÉSZSÉGÜGYI MINISZTERIUM
Eng.sz.: 87104/1975

MINISTRY OF HEALTH
OF THE HUNGARIAN REPUBLIC

A tárgyhéten regisztrált fertőző megbetegedések Magyarországon (+)
Cases of notified communicable diseases registered current week in Hungary (+)

48/2006.sz.heti jelentés (weekly report)

(2006.11.27 – 2006.12.03.)

Betegség Disease	a 48. héten (week)			az 1 – 48. héten (week)		
	2006.11.27- 2006.12.03.	2005.11.28- 2005.12.04.	Medián 2000- 2004	2006.	2005.	Medián 2000- 2004
Typhus abdominalis	-	-	-	-	3	1
Paratyphus	-	-	-	1*	-	-
Salmonellosis	148	120	114	6966	6010	6976
Dysenteria	3	3	6	85	103	352
Dyspepsia coli	-	3	1	36	52	79
Egyéb E.coli enteritis	-	1	-	38	45	71
Campylobacteriosis	130	135	148	4787	6060	5692
Yersiniosis	-	2	2	25	31	75
Enteritis infectiosa	1319	626	833	41481	34515	33560
Hepatitis infectiosa	12	16	21	549	608	870
AIDS	-	-	-	19	39	20
Poliomyelitis	-	-	-	-	-	-
Acut flaccid paralysis	-	-	-	16	17	15
Diphtheria	-	-	-	-	-	-
Pertussis	-	2	-	23	29	9
Scarlatina	220	90	74	5940	3147	2675
Morbilli	-	-	-	9	3	3
Rubeola	1	-	1	54	53	75
Parotitis epidemica	3	2	3	102	135	181
Varicella	771	773	788	42801	49622	34623
Mononucleosis inf.	18	30	29	1150	1138	1336
Legionellosis	-	1	2	20	29	63
Meningitis purulenta	-	6	3	219	255	234
Meningitis serosa	2	2	2	109	85	128
Encephalitis infectiosa	2	-	3	109	161	110
Creutzfeldt-J.-betegség	-	-	•	27	11	•
Lyme-kór	17	15	14	1208	1424	1132
Listeriosis	-	-	-	6	6	4
Brucellosis	-	-	-	-	1	1
Leptospirosis	-	-	1	27	35	34
Ornithosis	1	-	1	51	115	22
Tularemia	5	6	-	154	86	55
Tetanus	-	-	-	7	4	5
Vírusos haemorrh. láz	-	-	-	4	9	5
Malaria*	-	-	-	17	7	12
Toxoplasmosis	3	3	2	114	129	168

(+) előzetes, részben tisztított adatok (preliminary, partly corrected figures)

(*) importált esetek (imported cases)

(•) nincs adat (no data available)

A statisztika készítés ideje: 2006.12.05.

EGÉSZSÉGÜGYI MINISZTERIUM
Eng.sz.: 87104/1975

MINISTRY OF HEALTH
OF THE HUNGARIAN REPUBLIC

A tárgyhéten regisztrált fertőző megbetegedések Magyarországon (+)
Cases of notified communicable diseases registered current week in Hungary (+)

48/2006.sz. heti jelentés (weekly report)

(2006.11.27 – 2006.12.03.)

Terület Territory	Salmonel- losis	Dysentaria	Campylo- bacteriosis	Enteritis infectiosa	Hepatitis infectiosa	Scarlatina	Varicella	Mononucl. infectiosa	Meningitis purulenta	Lyme- kór
Budapest	69	2	26	172	-	44	93	1	-	1
Baranya	1	-	10	24	4	10	17	1	-	1
Bács-Kiskun	17	-	1	34	1	16	26	-	-	-
Békés	5	-	3	45	-	3	25	1	-	-
Borsod-Abaúj-Zemplén	5	-	2	4	-	-	10	1	-	-
Csongrád	3	-	4	112	-	19	7	2	-	-
Fejér	2	-	4	80	-	15	61	-	-	1
Győr-Moson-Sopron	11	-	17	123	-	11	31	-	-	-
Hajdú-Bihar	1	-	19	26	-	10	57	2	-	-
Heves	1	-	2	36	-	6	54	-	-	-
Jász-Nagykun-Szolnok	3	-	1	115	-	1	55	1	-	-
Komárom-Esztergom	1	-	1	64	-	15	14	2	-	-
Nógrád	4	-	1	30	-	2	41	2	-	6
Pest	6	-	3	124	-	32	127	2	-	1
Somogy	2	-	4	49	-	2	55	-	-	5
Szabolcs-Szatmár- Bereg	3	-	12	4	5	8	46	1	-	-
Tolna	2	-	3	29	-	-	10	-	-	1
Vas	7	-	6	151	-	10	12	-	-	-
Veszprém	4	1	9	80	1	9	19	1	-	1
Zala	1	-	2	17	1	7	11	1	-	-
Összesen (total)	148	3	130	1319	12	220	771	18	-	17
Előző hét (previous week)	115	3	87	994	21	136	601	20	4	5

(+) előzetes, részben tisztított adatok (preliminary, partly corrected figures)

A statisztika készítés ideje: 2006.12.05.

Az Epidemiológiai Információs Hetilap (Epinfo)

Az Országos Epidemiológiai Központ (OEK) kiadványa.

A kiadványban szereplő közlemények szakmai egyeztetést követően jelennek meg, ennek megfelelően az országos jellegű összeállítások, illetve a szerkesztőségi megjegyzésben foglaltak az Országos Epidemiológiai Központ és az országos tisztifőorvos szakmai véleményét és javasolt gyakorlatát tartalmazzák.

A kiadványt a „Johan Béla” Országos Közegészségügyi Intézet és a Centers for Disease Control and Prevention (CDC) a Magyar-Amerikai Közös Alapnál elnyert pályázat által biztosított együttműködés révén fejlesztették ki.

Az **Epinfo** minden héten pénteken kerül postázásra és az Internetre.

Internet cím: www.oek.hu; www.epidemiologia.hu; www.jarvany.hu;
www.antsz.hu/oek;

az ÁNTSZ dolgozóinak belső hálózatról: <http://oek/>

A kiadvánnyal kapcsolatos észrevételekkel, közlési szándékkal szíveskedjék az **Epinfo** főszerkesztőjéhez fordulni:

Postai cím: 1966 Budapest, Pf. 64.

Telefon: 476-1153, 476-1194

Telefax: 476-1223

E-mail: epiujsg@oek.antsz.hu

A heti kiadványban szereplő anyagok szabadon másolhatók és felhasználhatók, azonban a kiadvány forrásként való használatánál hivatkozni kell az alábbi módon: Országos Epidemiológiai Központ. A közlemény címe. Epinfo a megjelenés éve; a kiadvány száma:oldalszám. (Pl.: Országos Epidemiológiai Központ. 10 éves az Epinfo. Epinfo 2003; 1:1-2.)

Országos tisztifőorvos:

dr. Bujdosó László

Epinfo szerkesztősége

Alapító főszerkesztő: dr. Straub Ilona

Főszerkesztő: dr. Melles Márta

Főszerkesztő helyettes: dr. Csohán Ágnes

Olvasószerkesztő: dr. Krisztalovics Katalin

Szerkesztők:

dr. Böröcz Karolina

Lendvai Gyuláné

Technikai szerkesztő:

Kissné Sponga Zsuzsanna

Nyomda vezetője:

Vizinger Ferenc