

دستورالعمل اجرایی مراقبت انفلوانزا و شبه انفلوانزا در سال ۱۳۹۴

مقدمه:

بیماری انفلوانزا یک بیماری عفونی حاد می باشد که براحتی از فرد به فرد منتقل می گردد. ویروس بیماری در کل دنیا در گردش می باشد و براحتی هر فردی را در هر گروه سنی گرفتار می کند. این بیماری مسبب طغیانها و اپیدمی های سالیانه با شدت بیشتر در پاییز و زمستان بخصوص در مناطق معتدله می باشد. این بیماری یک مشکل بهداشتی خطیر بوده و سبب بیماری شدید و مرگ در جمعیت های انسانی پرخطر می باشد. طغیانها و اپیدمی های گسترده ناشی از بیماری باعث صدمات اقتصادی واجتماعی زیادی از طریق کاهش نیروی مولد و صدمه به سرویس های بهداشتی می گردد. یکی از راه های موثر در پیشگیری از آلودگی و گسترش بیماری استفاده از واکسن انفلوانزا می باشد. داروهای ضد ویروسی مناسبی جهت درمان بیماران در دسترس می باشد اما توجه به این نکته ضروری می باشد که ویروس انفلوانزا می تواند مقاومت به داروهای ضد ویروسی را در خود افزایش دهد.

میزان حمله سالیانه بیماری در کل دنیا حدود ۵-۱۰ درصد در بالغین و ۲۰-۳۰ درصد در کودکان برآورد می شود که البته این میزانها در طی بروز اپیدمی به چندین برابر افزایش می یابد. ابتلا به بیماری می تواند منجر به افزایش میزان بستری در بیمارستان و مرگ بالاخص در گروه های پرخطر گردد. بطور کلی برآورد می شود در طی اپیدمی های سالیانه حدود ۳-۵ میلیون مورد بیماری شدید و حدود ۲۵۰ هزار تا ۵۰۰ هزار مرگ رخ دهد. در این راستا به منظور پیشگیری و کنترل و کاهش بار ناشی از بیماری بکارگیری روش های مناسب مراقبتی و مداخلات بموقع بهداشتی می تواند آسیب های ناشی از بیماری را به حداقل رسانیده و کاهش موارد بیماری و مرگ را حاصل نماید.

سیستم مراقبت انفلوانزا:

الف- سیستم مراقبت پاندمی انفلوانزا:

۱- هدف مراقبت در دوران پس از پاندمی:

هدف مراقبت در طی دوران پس از پاندمی تهیه اطلاعاتی است که توانایی گزارش بموقع یک اپیدمی یا پاندمی، گزارش تغییرات حاصله در رفتار ویروس در گردش، تصمیم سازی در سیاست های بهداشتی و مدیریت بالینی، و راهنمای انتخاب گونه های واکسن را فراهم نماید.

۲- اقدامات و فعالیت های گزارش زودهنگام موارد مشکوک به انفلوانزا:

در این راستا فعال بودن یک پایگاه دیده وری شبه انفلوانزا در هر شهرستان تداوم خواهد یافت و تمامی مراکز گوش به زنگ بوده و بر اساس وقوع و بروز وقایع هشداردهنده، مداخلات بهداشتی شروع خواهد گردید.

وقایع هشدار دهنده ای که شروع کننده فوری بررسی و انجام مداخلات بهداشتی هستند عبارتند از:

- ۱- تغییرات ناگهانی و غیر قابل انتظار افزایشی در روند بیماریهای تنفسی شدید که در سیستم مراقبت جاری و معمول مشاهده می شوند.
- ۲- بروز خوشه های بیماری تنفسی شدید یا پنومونی بوقوع پیوسته در افراد یک فامیل یا یک محل کار یا در یک شبکه اجتماعی.
- ۳- الگوهای غیر قابل انتظار بیماری تنفسی یا پنومونی از قبیل افزایش آشکار در مرگ، تغییر گروه سنی در بیماران با انفلوانزای شدید، یا تغییر در الگوی بالینی بیماری انفلوانزا؛ بر اساس مقایسه سالیانه/ماهانه/هفتگی
- ۴- بروز بیماری تنفسی شدید و پیشرونده در کارمندان بهداشتی و درمانی
- ۵- افزایش غیر معمول فروش داروهایی که جهت درمان بیماریهای تنفسی بکار می روند: براساس گزارشات جمع اوری شده و داده های داروخانه ها/معاونت دارو و غذا
- ۶- همزمانی بروز بیماری تنفسی در انسان با بروز بیماری تنفسی در حیوانات در تماس/در منطقه
- ۷- بروز آلودگی انسانی با ویروسهای انفلوانزایی که بطور معمول در جمعیت انسانی در گردش نمی باشند.

تذکر ۱ :

در صورتیکه نتایج بررسی با معیارهای گزارش بر اساس مقررات بهداشتی بین المللی ۲۰۰۵ (IHR 2005) تطبیق داشت، حادثه باید در طی ۲۴ ساعت توسط مسئول دانشگاهی مقررات بهداشتی بین المللی (فوکال پوینت دانشگاهی IHR) به مسئول ملی اجرای این مقررات (فوکال پوینت ملی) در کشور و توسط ایشان به فوکال پوینت IHR مستقر در سازمان بهداشت جهانی (WHO) گزارش گردد.

ب - سیستم مراقبت جاری انفلوانزا :

سیستم مراقبت جاری و معمول همچنان به روش قبل به فعالیت خود ادامه خواهد داد و شامل ثبت و جمع آوری داده ها و نمونه برداری و انجام مداخلات بهداشتی لازم در مواجهه با موارد بیماری می باشد. این سیستم شامل

مراقبت اپیدمیولوژیک (مراقبت طغیانها یا اپیدمی های تنفسی بالاخص در اماکن تجمعی از قبیل خوابگاهها، پادگانها، مدارس)، مراقبت موارد مرگ بیمارستانی، مراقبت غیبت از کار یا مدرسه، مراقبت مبادی ورودی و خروجی کشور (مراقبت مرزی) و مراقبت آزمایشگاهی می باشد.

۱- هدف سیستم مراقبت جاری:

مراقبت جاری و معمول بیماری های تنفسی نقش اساسی را در تعیین میزان خط پایه مورد انتظار بیماری و درک بار کلی بیماری در ارتباط با سایر بیماریها و توصیف گروههای در معرض خطر بیماری شدید بازی مینماید. همچنین پایش جاری و معمول، داده های موثر و مفیدی جهت برنامه ریزان بهداشتی فراهم مینماید. استفاده و بکارگیری تعاریف استاندارد مورد بیماری در نظام مراقبتی ضروری می باشد.

۲- سیستم مراقبت جاری باید حداقل داده های اپیدمیولوژیک و بالینی را به شرح زیر جمع آوری نماید:

۱- بر اساس استراتژی مراقبتی تطبیق یافته: تعداد موارد بیماری شبه انفلوانزا گزارش شده توسط مراکز، تعداد موارد بیماری تنفسی حاد یا پنومونی گزارش شده توسط مراکز، تعداد موارد بیماری تنفسی حاد و شدید بستری شده

۲- تعداد مرگهای ناشی از بیماری تنفسی گزارش شده به تفکیک هر یک از مراکز و بیمارستانها

۳- داده های عوامل خطر: شامل درصد موارد شدید / بستری / مرگ بیماری نسبت به: بیماری تنفسی موجود / بیماری قلبی / دیابت / اختلالات عصبی / بیماری کبدی / نقص ایمنی / حاملگی / سایر بیماریهای مزمن یا زمینه ای

۴- تعداد کلی بیماران سرپایی و بستری شده در مراکز

ج- سیستم ثبت و جمع آوری و آنالیز داده ها:

ثبت و جمع آوری و آنالیز داده ها بر اساس سیستم جاری و در فرمهای عملیاتی موجود انجام می پذیرد.

توجه ۱: در این راستا با عنایت به راه اندازی و فعال بودن سیستم ثبت الکترونیک انفلوانزا در سامانه الکترونیک (سامانه IISS) کلیه اطلاعات بلافاصله باید در سامانه مذکور ثبت گردد.

توجه ۲: جهت نمونه گیری از موارد SARI و یا نیاز به نمونه برداری از موارد مشکوک بدلائل عملیاتی و فنی، نیاز به دریافت کد رهگیری پس از ثبت بیمار در سامانه الکترونیک IISS و درج کد رهگیری بر روی نمونه ها می باشد.

تذکر ۲:

اقدامات مراقبتی شامل مراقبت انفلوانزای انسانی و مراقبت انفلوانزای حیوانات (پرندگان) و مراقبت پاندمی انفلوانزا می باشد.

تعاریف مورد استفاده در نظام مراقبت انفلوانزا :

a. **تعریف مورد شبه انفلوانزا (ILI):** هر فرد مبتلا به عفونت تنفسی حاد به همراه تب بیشتر یا مساوی ۳۸ درجه سانتیگراد دهانی و سرفه که شروع آن در طی هفت روز اخیر باشد.

b. **تعریف مورد تنفسی حاد شدید (SARI):** هر فرد مبتلا به عفونت تنفسی حاد به همراه سابقه تب یا تب بیشتر یا مساوی ۳۸ درجه سانتیگراد دهانی و سرفه با شروع در طی هفت روز اخیر و نیاز بیمار به بستری شدن در بیمارستان (بعبارت دیگر بیماری که تعریف شبه انفلوانزا در مورد وی صادق باشد و ضمناً در بیمارستان بستری شود یا نیاز به بستری داشته باشد)

c. **تعریف بیمار مشکوک به کورونا ویروس:**

i. هر فرد بیمار که بدلیل بیماری تنفسی تب دار نیاز به بستری در بیمارستان دارد (SARI) و :

۱. سابقه سفر حج اخیر داشته باشد
۲. یا سابقه سفر به کشورهای خاورمیانه داشته باشد (در حال حاضر کشورهای اردن-قطر-کویت-یمن-عمان-عربستان-امارات متحده عربی در این لیست قرار دارند)
۳. یا با زائریا مسافر بازگشته از این کشورها (کشورهای فوق الذکر) در ۲ هفته اخیر تماس داشته است.
۴. یا سابقه مسافرت به کشورهایی که موارد مثبت کورونا ویروس جدید در آنها گزارش شده ، داشته باشد.

ii. بروز بیماری تنفسی شدید (مستلزم بستری) در پرسنلی که در بخشی که بیمار تنفسی در آن بستری بوده است کار می کرده اند (حتی اگر بطور مستقیم از بیمار تنفسی مراقبت ننموده باشند).

iii. بروز بیماری در خانواده یا گروهی از افراد که در زمان یا مکان مشخصی با هم بوده اند (خوشه بیماری=CLUSTER) و در عرض ۲ هفته تعدادی از آنها (بیشتر از ۲ نفر) به بیماری تنفسی شدید (مستلزم بستری) مبتلا شده باشند.

آزمایشگاه و ویروس شناسی:

- ۱- جمع آوری و انتقال نمونه ها در طی دوران پس از پاندمی مشابه دوران قبل از پاندمی انجام می پذیرد. نمونه ها باید در طی مراقبت جاری جمع آوری شده و تحت آزمایش قرار گیرند.
- ۲- در تهیه نمونه از ظروف نمونه برداری و محلولهای استاندارد و مورد تایید استفاده گردد.
- ۳- در حمل نمونه از ظروف حمل نمونه استاندارد و مورد تایید استفاده گردد.
- ۴- در تهیه و حمل نمونه رعایت شرایط استاندارد ایمنی زیستی (BIOSAFETY) و ایمنی امنیتی (BIOSECURITY) مربوط به حمل نمونه های عفونی و واگیر ضروری می باشد.
- ۵- سیستم آزمایشگاهی کلیه نمونه ها شامل نمونه های ویروس انفلوانزای انسانی و نمونه های ویروس انفلوانزای حیوانات (پرندگان) در انسان و نمونه های ویروس پاندمی انفلوانزا را مورد بررسی قرار می دهد.
- ۶- آزمایشگاه ملی انفلوانزا و آزمایشگاههای ساب نشنال انفلوانزا کما فی السابق بر اساس شرح وظایف قبلی فعال بوده و به همکاری خود ادامه خواهند داد.
- ۷- کلیه دانشگاههای علوم پزشکی بر اساس تقسیم بندی قبلی نسبت به ارسال نمونه به آزمایشگاههای تعیین شده اقدام نمایند.

نمونه برداری از بیماران فوت شده:

- ۱- اگر بیمار دارای لوله تراشه می باشد آسپیراسیون و جمع آوری ترشحات آندوتراکئال انجام می گیرد.
 - ۲- اگر بیمار دارای لوله تراشه می باشد و قطر لوله اجازه می دهد نمونه برداری بوسیله انسیزیون و یا با سوزن از ریه مبتلا انجام می گیرد.
 - ۳- نمونه برداری سوزنی از قفسه سینه به طریقه زیر می باشد:
 - ناحیه کوچکی از دیواره قفسه سینه مابین دو دنده تمیز می گردد و برش کوچکی بین آنها تا لایه های خارجی ریه ها با تیغ استریل ایجاد می گردد.
 - نمونه گوه ای شکل از ریه (حداقل ۲-۱ سانتی متر مکعب) برداشت می شود و یا با سوزن شماره ۱۸ بافت ریه آسپیره می گردد.
 - نمونه تهیه شده در محیط VTM (viral transport media) و یا سرم فیزیولوژی قرار گرفته و به آزمایشگاه حمل می گردد.
- توجه: نمونه سوزنی باید در کوتاه ترین زمان ممکن بعد از فوت تهیه گردد.

واکسیناسیون:

هدف اساسی از واکسیناسیون کاهش بیماریزایی و مرگ و کاهش انتقال ویروس در جوامع انسانی می باشد. واکسنهای تری والان (واکسنهای انفلوانزای فصلی) به منظور محافظت در مقابل ۳ گونه جاری ویروسهای انفلوانزای در گردش جهان طراحی شده اند. توصیه به واکسیناسیون سالیانه بدلائل عمده زیر می باشد:

- مدت محافظت واکسن نامشخص بوده و ممکن است در گروههایی که در معرض خطر بیشتر هستند از قبیل افراد مسن و بیماران دارای نقص ایمنی این مدت کوتاهتر باشد ولی لازم است سالیانه تزریق شوند.
- ویروسها معمولاً تغییرات در یافت آنتی ژنیک داشته که باعث میشوند محافظت واکسیناسیون اولیه از فصلی به فصل دیگر نامطمئن باشد. لذا تزریق سالیانه واکسن در این موارد نیز اکیدا توصیه می شود.

گروههای اولویت دار گیرنده واکسن سالیانه بر اساس تصمیمات کمیته علمی کشوری انفلوانزا تعیین می گردد. مسلماً گروههای تعیین شده قبلی همچنان در اولویت بوده و براساس افزایش موجودی واکسن به تعداد آنها افزوده خواهد شد.

مدیریت برنامه مراقبت بیماری:

- شناسایی زودهنگام و درمان سریع موارد بیماری شدید یا بالقوه شدید باید تداوم یافته و اجرایی گردد.
- بطور ویژه توصیه می شود که بیماران دارای بیماری بالینی شدید تنفسی یا دارای الگوی بالینی تغییر یافته در اسرع وقت با اوسلتامی ویر درمان شوند.
- بیمارانی که دارای بیماری غیر عارضه دار بوده و در گروههای در خطر بالای گسترش شدید بیماری یا انفلوانزای عارضه دار قرار می گیرند باید در اسرع وقت با اوسلتامیویر یا زانا میویر درمان شوند.
- این توصیه ها شامل همه گروههای بیماران از جمله زنان حامله ، زنان در مرحله پس از زایمان، زنان شیرده می گردد.
- در راستای حفظ و تقویت آمادگی مقابله با اپیدمی ها و پاندمی های آینده ، راه اندازی و بهبود و ارتقای اتاقهای ایزوله تنفسی دارای فشار منفی در بیمارستانهای کشور همچنان بعنوان یک اولویت بهداشتی و درمانی مطرح می باشد که باید توسط معاونت های درمان و بهداشت دانشگاههای علوم پزشکی مورد پیگیری قرار گیرد.

- تامین و تهیه تجهیزات حفاظت فردی (PPE) به منظور رعایت اقدامات احتیاطی توسط پرسنل بهداشتی و درمانی و تیم های عملیاتی و بیماران در مواجهه با بیماران مشکوک یا قطعی بستری (بیمارستان) یا سرپایی (مراکز ارائه خدمات بهداشتی و درمانی / کانونهای آلوده) و همچنین در راستای تامین دپوی مناسب در برنامه آمادگی مقابله با پاندمی و اپیدمی های احتمالی آینده ضروری می باشد که باید توسط دانشگاههای علوم پزشکی مورد پیگیری قرار گیرد.

- در زمینه سایر جنبه های مدیریت بالینی بیماران شدید بر اساس دستورالعملهای بالینی اقدام گردد.

با توجه به اینکه بیماری ناشی از کورونا ویروس در دسته بیماریهای تنفسی حاد در زیر مجموعه مراقبت سندر میک انفلوانزا قرار می گیرد ضروری می باشد به طور ویژه به دستورالعمل و راهنمای مراقبت بیماری ناشی از کورونا ویروس جدید (MERS-COV) که قبلا ارسال شده مراجعه نمایید.

تذکر ۱: موارد مشکوک به کورونا ویروس بدلیل قرار گرفتن در تشخیص اقتراقی انفلوانزا (SARI) باید اطلاعات آنها در سامانه الکترونیک انفلوانزا (سامانه IIS) ثبت شوند.

تذکر ۲: همچنین اطلاعات موارد بیماری مشکوک به کورونا ویروس به دلیل نوپدید بودن در سامانه بیماری کورونا در پورتال مرکز مدیریت بیماریها نیز ثبت گردد.

مدیریت بالینی بیماران:

از آنجا که شک بالینی به هنگام و درمان زودهنگام بیماران مشکوک به آنفلوانزا در عاقبت بیماریشان تاثیر اثبات شده ای دارد و موارد چندی از تاخیر درمانی نگران کننده در پروند های بیماران بدحال و فوت شده مشاهده شده است، لذا موارد ذیل را در کوتاه زمان به همکاران بالینی منتقل گردد:

۱- اولین اصل بنیادی در مدیریت بالینی بیماران هماهنگی و همکاری کامل معاونت های درمان و بهداشت و آموزش دانشگاه در جهت بهبود و تقویت سیستم سلامت کشور / دانشگاه می باشد.

۲- اساس ترین اصل بنیادی در هنگام ارائه خدمات بهداشتی و درمانی به بیماران رعایت اصول کنترل عفونت با تاکید بر همه جوانب ان (تجهیزاتی-درمانی-پشتیبانی-پرسنلی-تاسیساتی) می باشد. در این راستا کمیته های کنترل عفونت دانشگاه و بیمارستان و سایر مراکز ارائه کننده خدمات بهداشتی درمانی نقش کلیدی و عملیاتی مهمی را برعهده دارند.

۳- راه اندازی و فعال سازی اتاق های ایزوله تنفسی دارای فشارمنفی به منظور رعایت اصول کنترل عفونت و ایزولاسیون بیماران مشکوک یا قطعی به بیماریهای واگیر بالاخص تنفسی در راستای برنامه جامع آمادگی مقابله با اپیدمی ها یا پاندمی های آینده و جلوگیری از انتشار و گسترش بیماری در محل ارائه خدمات بستری (بیمارستان) از اصول فنی با اهمیت بسیار بالا می باشد.

۴- در فصول سرد، پزشکان محترم در برخورد با بیماران حاد تنفسی (خفیف یا شدید) و بدون در نظر گرفتن تشخیص بالینی اولیه، به سرعت ارزیابی نمایند که آیا بیمار در گروه پرخطر آنفلوانزا قرار دارد یا خیر؟ و در صورتی که بیمار در این گروه پرخطر قرار داشته باشد، جهت بیماران تب دار دارای علائم تنفسی حاد بدون درنگ از یک دوره کامل ۵ روزه درمان ضدویروسی اوسلتامیویر تجویز نمایند (نمونه برداری از نظر بررسی آنفلوانزا بطور همزمان برای بیماران بستری یا دارای اندیکاسیون بستری بعمل آید). در سایر فصول براساس قضاوت و ارزیابی بالینی در صورتی که تشخیص بیماری آنفلوانزا مطرح می باشد شناسایی بیماران گروه پرخطر آنفلوانزا جهت شروع درمان ضد ویروسی ضروری می باشد. مثال واضح در این مورد زنان باردار یا تازه زایمان کرده ای هستند که در فصل همه گیری بیماری آنفلوانزا دچار علائم خفیف تب و سرفه می شوند، و در این بیماران توصیه علمی اکید آن است که در صورت عدم منع بالینی برای ایشان بلافاصله داروی اوسلتامیویر شروع گردد و به هیچ وجه تا آماده شدن جواب ویروس شناختی آزمایشگاه در شروع درمان ضدویروسی تاخیر نشود. در این بیماران پرخطر هر زمان از دوره بیماری که بیمار مراجعه نموده است باید بلافاصله درمان ضدویروس را آغاز نمود حتی اگر زمان طلایی ۴۸ ساعته اول بیماری نیز گذشته باشد.

۵- عموم جامعه در مورد واکسیناسیون افراد پرخطر (از نظر بیماری آنفلوانزا) که در خانوار آنها زندگی می نماید مورد آموزش موکد قرار گیرند و تسهیلات دسترسی به واکسن آنفلوانزا برای ایشان فراهم آید تا سطح دسترسی جامعه پرخطر تحت پوشش به حداکثر میزان خود برسد.

۶- برای موارد پرخطری که با بیماری حاد و شدید تنفسی (پنومونی و ...) مراجعه نموده اند در صورت صلاحدید پزشکان بالینی از دوز دو برابر داروی ضد ویروسی اوسلتامیویر نیز می توان استفاده نمود که توصیه می شود این موضوع به پزشکان درمانگر موکداً یادآوری گردد تا مد نظرشان باشد.

۷- فارغ از تشخیص اولیه که پزشک مسئول برای بیماران تب دار تنفسی شدید بدحال بستری شده مطرح می نماید این بیماران بر اساس تعریف نظام مراقبت سندرمیک کشور SARI نامیده می شوند (Sever

acute respiratory syndrome) و بر اساس دستورالعمل کشوری تیم درمانی موظف است تا تیم کنترل عفونت مراکز درمانی را در جریان بستری بیماران تبار حاد تنفسی قرار دهد تا مراتب امر به همکاران محترم بهداشت شهرستان و استان منتقل گردیده و ضمن نمونه گیری از نظر ویروس آنفلوانزا، نام و مشخصات بیماران شدید تنفسی در سامانه مخصوص این بیماران (سامانه IISS بخش SARI) نیز ثبت گردد.

۸- در حال حاضر نمونه گیری جهت مراقبت بیماران تنفسی تبار حاد از نظر ویروس آنفلوانزا تنها محدود به موارد شدید است و از موارد خفیف و سرپایی نمونه گیری نمی شود (عدم نمونه گیری در پایگاههای دیده ور آنفلوانزا و سایر مراکز ارائه کننده خدمات بهداشتی و درمانی) و در صورت بستری شدن موارد شدید تنفسی نمونه گیری در بیمارستان و پس از بستری انجام می شود.

• توجه: بنا به شرایط بیمار و بنا به دلایل پزشکی و عملیات فنی مراقبتی ممکن است در مواردی دستور نمونه گیری از بیماران سرپایی و خفیف نیز ابلاغ گردد.

۹- نکته مهم آن است که فصل شایع بیماری تنفسی بسیار شدید کوروناویروس MERS نیز در ماه های اسفند و فروردین ماه با افزایش موارد آنفلوانزا همپوشانی دارد و لذا بسیار اهمیت دارد که از موارد تنفسی شدید مشکوک به پنومونی علاوه بر در نظر داشتن آنفلوانزا، از بیمار شرح حال دقیق از نظر سفر به امارات متحده عربی (ابوظبی، دبی، ...)، قطر، اردن، کویت، یمن، عمان، عربستان سعودی (حج و عمره) گرفته شود. در مواردی که بیمار به این کشورهای در ۲ هفته اخیر مسافرت نداشته است، باید سابقه تماس در ۲ هفته قبل از شروع علائم با مسافران بازگشته از این کشورها را نیز در شرح حال مدنظر قرار داد و در صورتی که مسافر بازگشته در آن زمان دارای علائم تنفسی (خفیف یا شدید) بوده است، حتماً تشخیص احتمالی کوروناویروس MERS مطرح شده و ضمن انجام جداسازی صحیح بیماران، به همکاران بهداشت شهرستان اطلاع داده شود تا از نظر کوروناویروس MERS نمونه گیری شوند.

۱۰- همکاری تیم محترم درمانگر با همکاران بهداشت در اطلاع رسانی به هنگام، می تواند در ارتقاء نظام مراقبت بیماری های تنفسی مؤثر بوده و بر حفظ هرچه بیشتر سلامت عموم جامعه منجر گردد.

۱۱- با توجه به موجود بودن دستورالعمل های آنفلوانزا در تمام واحدهای بهداشتی تاکید می گردد اکنون که فصل بیماری آنفلوانزا قرار نداریم بدون از دست دادن زمان ، بازآموزی تیم های بهداشتی و درمانی برنامه ریزی گردد.

۱۲- رعایت موازین بهداشت تنفسی در جداسازی فوری بیماران تنفسی تب‌دار حاد در فضای امن مناسب مورد تاکید قرار گیرد و توصیه اکید می‌شود که این موازین از همان بدو ورود بیماران در اورژانس مراکز درمانی و در قسمت تریاژ اورژانس بیمارستانی انجام شود. (اصل تریاژ بیماران عفونی واگیر در اورژانس)

۱۳- آموزش همراهان بیماران در شناسایی افراد پرخطر در منزل، و انجام هرچه سریعتر واکسیناسیون باید همواره به عنوان یک اصل به تیم درمانگر بستری کننده بیماران تب‌دار شدید تنفسی یادآوری گردد.