Příloha č. 9.6

Formulář k pilotnímu screeningovému projektu

Navrhované opatření k akčnímu plánu pro screeningové programy

Příloha 9 shrnuje vybrané pilotní projekty k potenciálně přínosným programům. Jedná se o úvodní návrhový popis možných projektů, jejichž realizace – bude-li schválena odbornou radou Akčního plánu – bude vyžadovat podrobnější rozpracování a zdůvodnění.

Časná identifikace a diagnostika poruch autistického spektra u předčasně narozených dětí s porodní hmotností nižší než 1500 g sledovaných v specializovaných centrech a poradnách

Název pilotního projektu screeningového programu: Časná identifikace a diagnostika poruch autistického spektra u předčasně narozených dětí s porodní hmotností nižší než 1500 g sledovaných v specializovaných centrech a poradnách
Odborný garant pilotního projektu (jméno, adresa, telefon, e-mail): Prof. MUDr. Michal Hrdlička, CSc. Fakultní nemocnice Motol Dětská psychiatrická klinika 2. LF UK a FN Motol V Úvalu 84 150 06 Praha 5 Tel. 22443 3401 E-mail: michal.hrdlicka@fnmotol.cz Doc. MUDr. Hana Ošlejšková, Ph.D. Fakultní nemocnice Brno Pracoviště dětské medicíny Klinika dětské neurologie Černopolní 9 613 00 Brno Tel. 532234911 E-mail: hoslej@fnbrno.cz MUDr. Daniela Marková Všeobecná fakultní nemocnice Centrum komplexní péče pro děti s perinatální zátěží Klinika dětského a dorostového lékařství 1. LF UK a VFN Ke Karlovu 2 121 09 Praha 2 Tel.: 224 967 343 E-mail: daniela.markova@vfn.cz
Relevantní odborné společnosti garantující pilotní projekt (možno pod tabulkou přiložit krátké vyjádření) Psychiatrická společnost ČLS JEP – sekce dětské a dorostové psychiatrie (při přípravě detailního projektu nutno projednat) Společnost dětské neurologie ČLS JEP (při přípravě detailního projektu nutno projednat) Česká neonatologická společnost ČLS JEP (při přípravě detailního projektu nutno projednat) Česká pediatrická společnost ČLS JEP (při přípravě detailního projektu nutno projednat) Odborná společnost praktických dětských lékařů ČLS JEP (při přípravě detailního projektu nutno projednat)

OBECNÉ INFORMACE O PILOTNÍM SCREENINGOVÉM PROGRAMU
Přesná definice vyhledávaného zdravotního stavu, který je předmětem screeningu: Poruchy autistického spektra (PAS), jejichž hlavními zástupci jsou dětský autismus, atypický autismus a Aspergerův syndrom, jsou závažné pervazivní neurovývojové poruchy. PAS jsou charakterizované narušenou sociální interakcí, deficitem verbální i neverbální komunikace a omezenými, opakujícími se a stereotypními vzorci chování, zájmů a aktivit. PAS jsou až v 70% sdruženy s mentální retardací a až ve 40% s epilepsií. PAS nejčastěji přetrvává do dospělosti a ve většině případů neumožňuje jedinci samostatnou existenci.
Uvažované screeningové vyšetření a jeho opora ve standardech: Screening poruch autistického spektra je v posledních letech v popředí vědeckého i klinického zájmu. Díky narůstajícímu výzkumu časných příznaků PAS, nově vyvinutým screeningovým metodám a znepokojení ohledně zvyšující se prevalence PAS se nabízí screening jako prostředník k časné identifikaci a správnému nasměrování dětí s podezřením na diagnózu poruchy autistického spektra do speciální péče (Miller et al., 2014). Mnoho studií v minulých letech doložilo manifestaci příznaků PAS již v prvních dvou letech života dítěte, přesto se stále setkáváme s dlouhou prodlevou mezi počátečním znepokojením rodičů, první konzultací u odborníka a věkem dítěte, ve kterém je stanovena diagnóza PAS (García-Primo et al., 2014). Obdobně nepříznivou časové prodlevu diagnostiky PAS prokázala i studie v České republice (Ošlejšková et al, 2007). Podle výzkumu z roku 2008 je v USA průměrný věk stanovení diagnózy pro dětský autismus 48 měsíců, pro atypický autismus 53 měsíců a pro Aspergerův syndrom 75 měsíců (ADDM Principal Investigators, 2012). V Evropě je patrný rostoucí zájem a pokrok v oblasti screeningu a časné diagnostiky u vysoce rizikové populace. Spolupráci na poli screeningu a časné diagnostiky autismu výrazně ovlivnilo zapojení mnoha evropských zemí do projektu COST (European Cooperation in Science and Technology) pod názvem ESSEA (Enhancing the Scientific Study of Early Autism). V tomto projektu spolupracovalo více než 60 výzkumných i klinických pracovníků z 22 zemí Evropské unie a Izraele zabývající se problematikou rizikové populace (předčasně narozené děti s nízkou porodní hmotností, mladší sourozenci autistického dítěte), screeningem, diagnostikou a intervencemi u PAS v raném věku (Bölte et al., 2013). Na projektu COST ESSEA participovali také odborníci z České republiky (prof. MUDr. Michal Hrdlička, CSc., MUDr. Iva Dudová, Ph.D., MUDr. Štěpánka Beranová, MUDr. Markéta Havlovicová). V 18 různých programech bylo doposud v Evropě screenováno přes 70 tisíc dětí. Screeningové studie proběhly nebo dosud probíhají ve Velké Británii, Nizozemí, Belgii, Španělsku, Švédsku, Francii, Itálii a Finsku. Kvůli rozdílnému prostředí a preferenci jednotlivých screeningových nástrojů napříč Evropou však dosud neexistují evropské guideliny pro screening PAS (Bölte et al., 2013). V mnoha evropských zemích se diskutuje o zavedení plošného screeningu autismu. Rutinně se screenují PAS ve Španělsku (Garcia-Primo et al., 2014). Ve Spojených státech je provádění rutinního screeningu autismu podporováno a doporučeno Centrem pro kontrolu nemocí a prevenci, které vypracovalo guidelines založené na doporučeních Americké pediatrické akademie (Johnson a Myers, 2007) a Americké akademie pro neurology a dětské neurology (Filipek et al, 2000). Specifický algoritmus pro sledování a screening PAS v rámci pediatrických preventivních prohlídek napomáhá celému procesu identifikace PAS. Kliničtí lékaři mají v USA možnost výběru z více než deseti screeningových nástrojů (Volkmar et al., 2014), celosvětově nejčastěji používaným nástrojem screeningu je M-CHAT (Modified Checklist for Autism in Toddlers). V posledních letech se výzkum autismu zabývá i souvislostí mezi velmi nízkou a extrémně nízkou porodní hmotností (nebo také mezi těžkou a extrémní nezralostí) a výskytem PAS. Děti ze skupiny předčasně narozených vykazují tzv. „preterm behavioral phenotype“ (behaviorální fenotyp předčasně narozených) (Johnson a Marlowe, 2009) charakterizovaný různými obtížemi v regulaci emocí a pozornosti, narušením exekutivních funkcí a obtížemi v modulaci sociálních interakcí. Děti s behaviorálním fenotypem předčasně narozených vykazují symptomy, které připomínají, přesahují či plně naplňují kritéria pro diagnózu poruchy autistického spektra (Yaari et al., 2014). Prevalence

PAS je u těchto rizikových dětí udávána v rozmezí 1-8% (Dudova et al., 2014[a]). Ve většině studií prováděných v populaci předčasně narozených dětí byl proveden pouze screening PAS. První studií, u které při pozitivním výsledků screeningu následovala klinická diagnostika, byla studie Johnsonové a kol. z roku 2010. Do studie bylo zahrnuto 219 předčasně narozených dětí ve věku 11 let a 153 kontrol. Prevalence PAS byla ve skupině předčasně narozených 8% v porovnání s 0% v kontrolní skupině. První studií, ve které bylo k diagnostickému procesu následujícím po pozitivním screeningu použito diagnostického nástroje „zlatého standardu" (ADOS, ADI-R), byla studie Pinto-Martinové a kol. z roku 2011. Předčasně narozené děti s porodní hmotností nižší než 2 000 g bylo screenováno pro PAS v 16 letech a následně klinicky vyšetřeno ve věku 21 let. Pro celou kohortu předčasně narozených byla vypočtena 5% prevalence PAS.

Studie probíhající v letech 2012-2014 na Dětské psychiatrické klinice 2. LF UK a FN Motol ve spolupráci s Centrem komplexní péče pro děti s poruchami vývoje Pediatrické kliniky 2. LF UK a FN Motol, Centrem komplexní péče pro děti s perinatální zátěží Kliniky dětského a dorostového lékařství VFN a 1. LF UK a Poradnou pro rizikové novorozence Dětské kliniky FN Hradec Králové byla první českou screeningovou studií zaměřenou na výskyt PAS u předčasně narozených dětí a první reprezentativní screeningovou studií PAS v České republice. Podstatou studie byl screening skupiny dětí s velmi nízkou a extrémně nízkou porodní hmotností zaměřený na potenciální riziko autismu doplněný následně v případě pozitivity klinickým vyšetřením za užití diagnostického nástroje tzv. „zlatého standardu" (testová metoda ADOS, Autism Diagnostic Observation Schedule). Screeningová baterie zahrnovala 3 screeningové dotazníky – M-CHAT (Modified Checklist for Autism in Toddlers), CSBS-DP-ITC (Communication and Symbolic Behavior Scales Developmental Profile Infant-Toddler Checklist) a ITSP (Infant/Toddler Sensory Profile). V souboru 157 dětí skórovalo pozitivně v alespoň jednom screeningovém dotazníku 56 dětí (35,7% souboru). Rodiče 33 dětí souhlasili s podrobným klinickým vyšetřením zahrnujícím i vyšetření testovou metodou ADOS. Diagnóza poruchy autistického spektra byla stanovena u 13 dětí (dětský autismus u 7 dětí, atypický autismus u 6 dětí). Prevalence PAS v souboru byla vypočtena na 9,7%. Screeningovým nástrojem s největším počtem pozitivních výsledků byl CSBS-DP-ITC (42 pozitivně screenujících, tj. 27,1%) následovaný dotazníkem M-CHAT (28 pozitivně screenujících, tj. 17,8%) a ITSP (22 pozitivně screenujících, tj. 14,3%), rozdíl v pozitivitě mezi dotazníky byl signifikantní (p=0,008). Na základě ROC analýzy byly vypočteny psychometrické hodnoty jednotlivých screeningových testů. CSBS-DB-ITC měl nejvyšší senzitivitu (0,846), následovaný M-CHAT (0,692) a ITSP (0,462). Naše výsledky potvrdily vyšší výskyt poruch autistického spektra u dětí s porodní hmotností nižší než 1500 g. Prevalence autismu u těchto dětí byla nalezena ve výši 9,7%, tedy téměř 10x vyšší než je udáváno u obecné pediatrické populace. Prokázali jsme, že současným použitím více než jednoho screeningového testu se zvyšuje senzitivita screeningu (Dudova et al., 2014[b]).

Cíl screeningu *(např. snížení úmrtnosti na onemocnění, snížení nemocnosti, zlepšení kvality života, úspora nákladů na zdravotní péči atd., včetně číselných odhadů účinku, jsou-li známy, vč. citací)***:**

1. Časná diagnostika PAS a zahájení specializované rané intervenční péče, která může vést k redukci symptomatiky PAS a ovlivnit tak závažnost dopadu poruchy na dítě a jeho okolí
2. Zlepšení prognózy a kvality života dítěte i jeho rodiny
3. Úspora nákladů na péči (zdravotní, sociální, pedagogickou)

Stručné zdůvodnění přínosu screeningu *(významnost zdravotního problému [morbidita, mortalita v populaci], přínos včasné [presymptomatické] léčby detekovaných pacientů pro jejich prognózu atd.)***:**

Prevalence PAS od roku 2000 strmě narůstá, v současnosti se udává kolem 1-1,5% dětské populace (Baron-Cohen et al., 2009; ADDM Principal Investigators, 2012). Ve Spojených státech, kde údaje o prevalenci PAS sledují průběžně v dvouletých intervalech, se v rozmezí let 2000-2010 výskyt PAS zdvojnásobil (Převzato z http://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html).

Hlavními metodami ovlivňujícími jádrovou symptomatiku autismu zůstávají behaviorální, komunikační a speciálně pedagogické intervence. Aplikace behaviorálních intervencí se přesunuje díky časné identifikaci pomocí screeningu do co nejranějšího věku dítěte. Zahájení časné intervence

se doporučuje již při podezření na PAS u dítěte, ne až po ukončení diagnostického procesu (Johnson a Myers, 2007). Behaviorální programy, které jsou v terapii použity tak časně a intenzivně, jak je to možné, vedou ke zlepšení kognitivního, adaptivního a sociálně-komunikačního narušení u malých dětí s PAS. V důsledku časných intervencí se u 75-95% dětí s PAS vytvoří funkční řeč do 5 let věku, zlepší se kognitivní schopnosti, děti mají lepší možnost integrace do běžné školní výuky, zlepší se jejich porozumění, imitace, responsivita, symbolická hra a projevují více pozitivního afektu (Dawson et al., 2008; Bryson et al., 2003; Rogers, 1998, Lovaas et al., 1987).
Úrovní důkazů pro účinnost raných intenzivních behaviorálních intervencí (EIBI = early intensive behavioral interventions) na zlepšení funkčního chování a schopností u malých dětí s PAS se zabývala i *Cochrane Review*. Do review byla zahrnuta jedna randomizovaná a čtyři klinické kontrolované studie s celkovým počtem 203 pacientů. Efekt léčby EIBI u dětí s PAS shrnuje následující tabulka (adaptováno podle Reichow et al., 2012):

Sledovaná oblast	Síla efektu (effect size)	Hladina významnosti
Adaptivní chování	0,69	$p < 0,0001$
IQ	0,76	$p < 0,0001$
Expresivní řeč	0,50	$p = 0,03$
Receptivní řeč	0,57	$p = 0,03$
Běžné komunikační dovednosti	0,74	$p = 0,0009$
Socializace	0,42	$p = 0,0008$
Běžné denní dovednosti	0,55	$p = 0,0005$

V posledních letech se v souvislosti s časnou diagnostikou a zahájením časných intervencí zkoumá také možnost úzdravy z autismu (tj. dítě nesplňuje diagnostická kritéria pro PAS a dosahuje dobrého fungování v různých oblastech). Za akceptovatelné je bráno rozmezí údajů o úzdravě 3-25% dětí (Helt et al., 2008).

Vymezení cílové populace (věk, pohlaví, další rizikové faktory atd.) screeningu:
Předčasně narozené děti s porodní hmotností nižší než 1500 g, které jsou sledovány ve specializovaných centrech a poradnách navazujících na péči perinatologických center. Screening ve věku 24 měsíců jako součást obvyklé dvouleté prohlídky.

Potenciální rizika screeningového programu *(zejm. falešná pozitivita [náklady, dyskomfort, rizika spojená s následnou diagnostikou], overdiagnosis, overtreatment [náklady, dyskomfort, rizika spojená s možnou nadbytečnou léčbou)*:
Pozitivita screeningových testů bývá v běžné populaci vyšší než předpokládaná prevalence PAS. V přehledové review zabývající se screeningem a diagnostikou PAS v USA se pohybovala pozitivita screeningových nástrojů, mezi kterými byl nejvýrazněji zastoupen M-CHAT, mezi 3-24% (Daniels et al., 2014). V rizikové populaci předčasně narozených dětí se pozitivita testu M-CHAT pohybuje mezi 15-40% (Yaari et al., 2014). V předkládaném screenigovém projektu se použitím dvou screeningových testů významně sníží falešná negativita, následným klinickým vyšetřením za použití diagnostické metody „zlatého standardu“ se vyloučí falešná pozitivita (Dudova et al, 2014[b]).
Zkušenosti z plošného screeningu na PAS ze Spojených států ukazují, že děti screenující pozitivně v testu M-CHAT, které prošly kompletní evaluací včetně follow-up interview, měly z tohoto vyšetření prospěch, i když u nich nebyla stanovena diagnóza PAS. Odborníci se shodují na tom, že falešná pozitivita screeningu může vést k významnému distresu rodičů (Williams a Brayne, 2006). Nicméně výsledky výzkumů naznačují, že tato obava je často neodůvodněná. Rodiče těch dětí, kteří dokončili kompletní screening, vyjadřovali vysokou míru satisfakce s tímto vyšetřovacím procesem, i když se

dozvěděli znepokojující informace o svém dítěti (Miller et al., 2014).

Klíčové publikace *(vědecké důkazy související s předchozími odstavci, zejména „evidence-based medicine“, opora v kvalitních studiích, systematické přehledy, analýzy přínosů, rizik a nákladů, HTA, zahraniční doporučení k populačnímu screeningu)***:**

Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network Surveillance Year 2008 Principal Investigators: Centers for Disease Control and Prevention (ADDM Principal Investigators). Prevalence of autism spectrum disorders – Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 14 sites, United States, 2008. *MMWR Surveill Summ.* 2012;61(3):1-19.

Baron-Cohen S, Scott FJ, Allison C, et al. Prevalence of autism-spectrum conditions: UK school-based population study. *Br J Psychiatry.* 2009;194(6):500-509.

Bölte S, Marschik PB, Falck-Ytter T, et al. Infants at risk for autism: a European perpective on current status, challanges and opportunities. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2013;22:341-348.

Bryson, SE, Rogers, SJ, Fombonne, E. Autism spectrum disorders: early detection, intervention, education, and psychopharmacological management. *Can J Psychiatry.* 2003; 48:506-516.

Daniels AM, Halladay AK, Shih A, et al. Approaches to enhancing the early detection of autism spectrum disorders: a systematic review of the literature. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2014;53(2):141-152.

Dawson, G. Early behavioral intervention, brain plasticity, and the prevention of autism spectrum disorder. *Dev Psychopathol.* 2008;20:775-803.

Dokoupilová M, Fišárková B, Novotná L, a kol. Narodilo se předčasně. Vyd. 1. Praha: Portál, 2009, 320 s.

Dudova, I, Kasparova, M, Markova, D, et al. Screening for autism in preterm children with extremely low and very low birth weight. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2014[a];10:277-282.

Dudova, I, Markova, D, Kasparova, M, et al. Comparison of three screening tests for autism in preterm children with birth weights less than 1,500 grams. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2014[b];10:2201–2208.

Filipek P, Accardo P, Ashwal S, et al. Practice Parameter: Screening and diagnosis of autism – Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the Child Neurology Society. *Neurology.* 2000;55(4):468-479.

García-Primo P, Hellendoorn A, Charman T, et al. Screening for autism spectrum disorders: state of the art in Europe. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2014;23:1005-1021.

Helt M, Kelley E, Kinsbourne M, et al. Can children with autism recover? If so, how? *Neuropsychol. Rev.*2008;18:339-366.

Johnson CP, Myers SM. Identification and evaluation of children with autism spectrum disorders. *Pediatrics*.2007;120:1183-1207.

Johnson S, Hollis C, Kochhar P, et al. Autism spectrum disorders in extremely preterm children. *J Pediatr.* 2010;156:525-531.

Johnson S, Marlow N. Preterm birth and childhood psychiatric disorders. *Pediatr Res.* 2009;69:11-18.

Lovaas, OI. Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children. *J Consult Clin Psychol.* 1987;55:3-9.

Marková D, Weberová-Chvílová M, Raušová P, et al. Péče o předčasně narozené dítě: Kdy začíná a kdy končí? *Čes-slov Pediat*. 2014;69(1):53-62.

Miller JS, Pandey J, Berry LN. Pediatric screening of autism spectrum disorders. In: Patel VB, Preedy VR, Martin CR (eds.). Comprehensive Guide to Autism. New York: Springer 2014, 2922 s.

Ošlejšková H, Kontrová I, Foralová R, Dušek L, Nemethová D.The course of diagnosis in autistic patients: the delay between recognition of the first symptoms by parents and correct diagnosis. NeuroEndocrinol Lett. 2007 Dec;28(6):895-900.

Pinto-Martin JA, Levy SE, Feldman JF, Lorenz JM, Paneth N, Whitaker AH. Prevalence of autism spectrum disorders in adolescents born weighing <2000 grams. *Pediatrics.* 2011;128:883-891.

Reichow B, Barton EE, Boyd BA, Hume K. Early intensive behavioral intervention (EIBI) for young children with autism spectrum disorders (ASD). *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;10:CD009260.

Rogers, SJ. Empirically supported comprehensive treatments for young children with autism. *J Clin*

Child Psychol. 1998;27:168-179.
Volkmar F, Siegel M, Woodbury-Smith M, et al. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with autism spectrum disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2014;53(2):237-257.
Williams J, Brayne C. Screening for autism spectrum disorders: what is the evidence? *Autism.* 2006;10(1):11-35.
Yaari M, Eventov-Freidman S, Mankuta D, et al. Prematurity and autism spectrum disorders. In: Patel VB, Preedy VR, Martin CR (eds.). Comprehensive Guide to Autism. New York: Springer 2014, 2922 s.

INFORMACE O PŘÍPADNÉM NAVRHOVANÉM PILOTNÍM PROJEKTU
(není nutné, pokud projekt není plánován)

Cíle pilotního projektu *(např. studie proveditelnosti: ověření realizovatelnosti, nastavení logistiky, potřeba dalších vyšetření, stanovení nákladů; zjištění klíčového parametru: pozitivita, senzitivita, specificita, pozitivní prediktivní hodnota, snížení úmrtnosti nebo mortality, apod.)***:**
Cílem pilotního projektu je především ověření realizovatelnosti a nastavení logistiky prospektivní screeningové studie na PAS u rizikové populace předčasně narozených dětí s porodní hmotností nižší než 1 500 g s možností výhledově realizovat screening PAS v ČR celoplošně.

Design pilotního projektu *(prospektivní studie? intervenční studie? „jednoramenná" studie/randomizovaná studie/cross-over studie? aj.)***:**
Prospektivní studie předčasně narozených dětí s porodní hmotností nižší než 1 500 g zahrnující screening na PAS pomocí dvou screeningových dotazníků M-CHAT a CSBS-DP-ITC a následné klinické vyšetření pozitivně screenujících za použití diagnostického nástroje ADOS/ADOS-2. První stupeň screeningu, tj.administrace a vyhodnocení screeningových dotazníků M-CHAT a CSBS-DP-ITC, by probíhala ve specializovaných centrech a poradnách, která slouží jako následná péče Perinatologických center v ČR. Druhý stupeň screeningu, tj. klinické vyšetření včetně diagnostické metody ADOS/ADOS-2 u pozitivně screenujících, by zajišťovala pro centra v Čechách Dětská psychiatrická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha a pro centra na Moravě Klinika dětské neurologie, FN Brno.

Vymezení cílové populace (věk, pohlaví, další rizikové faktory atd.) projektu:
Předčasně narozené děti s porodní hmotností nižší než 1500 g, které jsou sledovány ve specializovaných centrech a poradnách sloužících jako následná péče pro Perinatologická centra. Screening ve věku 24 měsíců jako součást obvyklé dvouleté prohlídky.

Předpokládaná délka trvání projektu:
- Pro náběr a vyšetření osob: 3 roky
- Pro délku sledování osob po ukončení náběru: 8 let

Předpokládaný celkový počet vyšetřených osob, stručné zdůvodnění a doložení proveditelnosti:
Počet nezralých novorozenců s porodní hmotností do 1 500 g zůstává v posledních letech stejný, přibližně 1,2% (Dokoupilová et al., 2009). V roce 2012 se živě narodilo 108 576 dětí. V roce 2012 podíl narozených s nízkou porodní hmotností (do 2 499 g) dosahoval 8,0% (ÚZIS 2013), incidence velmi nízké porodní hmotnosti byla 1,21%, tj. přibližně 1 300 dětí (Marková et al., 2014). Ve výzkumu prováděném Dětskou psychiatrickou klinikou 2. LF UK a FN Motol byla návratnost vyplněných screeningových dotazníků cca 64 %, předpokládaný celkový počet screenovaných dětí je cca 800 dětí v jednom roce.

Odhad a zdůvodnění nákladů na projekt:
Ekonomická rozvaha bude detailně provedena ve chvíli konkretizace existence projektu.

Nezbytné (personální a materiální) vybavení pracovišť uvažovaných pro pilotní projekt:
Lékaři s erudicí dětský psychiatr, dětský neurolog se znalostí diagnostiky PAS
Vývojový pediatr
Klinický psycholog se znalostí diagnostiky PAS
Pracoviště vybavená testovací baterií ADOS a/nebo ADOS-2
Komplementární diferenciálně-diagnostické metody (např. EEG, MRI)

Seznam pracovišť uvažovaných pro pilotní projekt (název, adresa, kontaktní osoba, telefon, e-mail):

Prof. MUDr. Michal Hrdlička, CSc.
Fakultní nemocnice Motol
Dětská psychiatrická klinika 2. LF UK a FN Motol
V Úvalu 84
150 06 Praha 5
Tel. 22443 3401
E-mail: michal.hrdlicka@fnmotol.cz

Doc. MUDr. Hana Ošlejšková, Ph.D.
Fakultní nemocnice Brno
Pracoviště dětské medicíny
Klinika dětské neurologie
Černopolní 9
613 00 Brno
Tel. 532234911
E-mail: hoslej@fnbrno.cz

PERINATOLOGICKÁ CENTRA

Pořadí	IČO	Název zdravotnického zařízení	Obec
1	00064203	Fakultní nemocnice - Motol	Praha 5
2	00064165	Všeobecná fakultní nemocnice	Praha 2
3	00023698	Ústav pro péči o matku a dítě	Praha 4
4	62209701	Nemocnice Most, p.o.	Most
5	00673544	Masarykova nemocnice v Ústí n.L., p.o.	Ústí nad Labem
6	00179906	Fakultní nemocnice	Hradec Králové
7	00072711	Nemocnice	Č. Budějovice
8	00669806	Fakultní nemocnice	Plzeň
9	65269705	Fakultní nemocnice Brno	Brno
10	00843989	Fakultní nemocnice s poliklinikou	Ostrava Poruba
11	00098892	Fakultní nemocnice	Olomouc 5
12	20089915	Baťova krajská nemocnice Zlín	Zlín

Komentář k realizovatelnosti hromadného (plošného) populačního screeningu v návaznosti na pilotní projekt:
Pilotní projekt ověří proveditelnost v celé vybrané rizikové populaci (předčasně narozené děti s porodní hmotností pod 1500 g). Spolupráci s vývojovými pediatry ve vybraných specializovaných centrech a poradnách sloužících jako následná péče pro Perinatologická centra bude možno rozšířit na spolupráci se všemi praktickými lékaři pro děti a dorost a zavést celoplošný populační screening PAS v optimálním věku dvou let dítěte.