

INFORMACJA EPIDEMIOLOGICZNA

I: LISTA KRAJÓW:

DOTYCZY:	<u>Pierwotniaki z grupy Plasmodium</u> nazwa czynnika chorobotwórczego
Obszary występowania przypadków przeniesienia na ludzi malarii nazwa choroby	
AFRYKA	Angola, Benin, Botswana, Burkina-Faso, Burundi, Czad, Demokratyczna Republika Konga, Dżibuti, Erytrea* , Etiopia* , Gabon, Gambia, Ghana, Gwinea, Gwinea – Bissau, Gwinea Równikowa, Kamerun, Kenia, Kongo, Liberia, Malawi, Mali, Mauretania, Mozambik, Namibia, Niger, Nigeria, Republika Południowej Afryki* , Republika Środkowej Afryki, Rwanda, Senegal, Sierra Leone, Somalia, Suazi, Sudan, Sudan Południowy, Tanzania, Togo, Uganda, Wybrzeże Kości Słoniowej, Zambia, Zimbabwe Wyspy: <i>Komory, Madagaskar, Mayotte, Świętego Tomasza i Książęca, Zielonego Przylądka*</i>
AMERYKA PÓLNOČNA	Meksyk*
AMERYKA ŚRODKOWA	Belize, Gwatemala* , Honduras, Kostaryka* , Nikaragua, Panama*
AMERYKA POŁUDNIOWA	Boliwia* , Brazylia* , Ekwador* , Gujana, Gujana Francuska, Kolumbia* , Peru* , Surinam, Wenezuela*
AZJA	Afganistan* /obszary < 2500 m/, Arabia Saudyjska* , Bangladesz, Bhutan, Birma (Myanma)* , Indie* , Iran* , Jemen* , Kambodża, Korea Północna, Korea Południowa* , Laos, Nepal* , Oman* , Pakistan* , Tajlandia, Tadżykistan* , Wietnam
EUROPA	Grecja* /brak na obszarach turystycznych/
KARAIBY	Dominikana* , Haiti
WYSPY PACYFIKU	Filipiny* , Indonezja* , Malezja, Papua Nowa Gwinea* , Timor Wschodni, Vanuatu, Wyspy Salomona
Uwagi: ➤ „*” – kraj do weryfikacji pod adresem www.cdc.gov/malaria/travelers/country_table ; ➤ w przypadku, gdy dawca przebywał na terenie w/w krajów - należy wprowadzić dyskwalifikację tymczasową, na okres 12 miesięcy od chwili opuszczenia ww. terenów; ➤ okres ten może być skrócony do 4 m-cy, jeżeli badania w kierunku malarii, przeprowadzone metodami immunologicznymi, dają wyniki negatywne.	
Data przygotowania: 04.03.2022r.	Osoba przygotowująca: Kierownik Działu Dawców Krwi Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Bydgoszczy lek. Joanna Karkowska specjalista kardiologii klinicznej medycyny rodzinnej

II. POTWIERDZENIE ODBYTEGO SZKOLENIA :*

Imię i nazwisko osoby kwalifikującej:	Data szkolenia:	Imię i nazwisko osoby kwalifikującej:	Data szkolenia: