

INFORMACJA EPIDEMIOLOGICZNA

I: LISTA KRAJÓW:

DOTYCZY:	<u>WIRUS CHIKUNGUNYA</u> nazwa czynnika chorobotwórczego
Obszary występowania przypadków przeniesienia na ludzi <u>gorączka chikungunya</u> nazwa choroby	
AFRYKA	Angola, Benin, Burundi, Czad, Demokratyczna Republika Konga, Dżibuti, Erytrea, Etiopia, Gabon, Gwinea, Gwinea Równikowa, Kamerun, Kenia, Komory, Kongo, Malawi, Mozambik, Nigeria, Republika Środkowej Afryki, Senegal, Sierra Leone, Somalia, Sudan, Afryka Południowa, Tanzania, Uganda, Wybrzeże Kości Słoniowej, Zimbabwe. <u>Wyspy:</u> Madagaskar, Mauritius, Mayotte, Seszele, Reunion
AMERYKA PÓŁNOCNA	Meksyk, USA
AMERYKA ŚRODKOWA	Belize, Gwatemala, Honduras, Kostaryka, Nikaragua, Panama, Salvador
AMERYKA POŁUDNIOWA	Argentyna, Boliwia, Brazylia, Ekwador, Gujana, Gujana Francuska, Kolumbia, Paragwaj, Peru, Surinam, Wenezuela
AZJA	Arabia Saudyjska, Bangladesz, Bhutan, Birma (Myanma), Chiny, Filipiny, Indie, Indonezja, Jemen, Kambodża, Laos, Malediwy, Malezja, Nepal, Pakistan, Singapur, Sri Lanka, Tajwan, Tajlandia, Timor Wschodni, Wietnam
EUROPA	Francja, Włochy
KARAIBY	Anguilla, Antigua i Barbuda, Aruba, Bahamy, Barbados, Curacao, Dominika, Dominikana, Grenada, Gwadelupa, Haiti, Jamajka, Kuba, Kajmany, Martynika, Montserrat, Portoryko, Saint Barthelemy, Saint Kitts and Nevis, Saint Lucia, Saint Martin, Saint Vincent i Grenadyny, Saint Maarten, Trinidad i Tobago, Wyspy Turks i Caicos, Wyspy Dziewicze [Brytyjskie oraz Stanów Zjednoczonych]
WYSPY PACYFIKU	Fidżi, Francuska Polinezja, Kiribati, Mikronezja, Papua Nowa Gwinea, Nowa Kaledonia, Samoa, Samoa Amerykańskie, Tokelau, Tonga, Wyspy Cooka, Wyspy Marshalla
Uwagi: ➤ Kandydaci na dawców/ dawcy dyskwalifikacja tymczasowa na okres 28 dni od dnia opuszczenia obszaru ryzyka, na którym występuje zakażenie.	
Data przygotowania: 04.03.2022r.	Osoba przygotowująca: Kierownik Działu Dawców Krwi Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Bydgoszczy lek. Joanna Karłowicz specjalista transfuzjologii klinicznej i medycyny rodzinnej

II. POTWIERDZENIE ODBYTEGO SZKOLENIA :*

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

*Wypełnić tylko w siedzibie RCKiK oraz w Terenowych Oddziałach