

INFORMACJA EPIDEMIOLOGICZNA

I: LISTA KRAJÓW:

DOTYCZY:	<u>WIRUS ZIKA</u> nazwa czynnika chorobotwórczego
Obszary występowania przypadków przeniesienia na ludzi <u>choroba wirusa Zika</u> nazwa choroby	
AFRYKA	Angola, Burkina-Faso, Burundi, Etiopia, Gabon, Gwinea-Bissau, Kamerun, Kenia , Nigeria, Republika Środkowej Afryki, Senegal, Uganda, Wyspy Zielonego Przylądka, Wybrzeże Kości Słoniowej.
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	Bangladesz, Birma, Filipiny, Indie, Indonezja, Kambodża, Laos, Malezja, Malediwy, Singapur, Tajlandia, Wietnam.
EUROPA	Francja /cały obszar/
KARAIBY	Anguilla, Antigua i Barbuda, Aruba, Bahamy, Barbados, Bonaire, Curacao, Dominika, Dominikana, Grenada, Gwadelupa, Haiti, Jamajka, Kajmany, Kuba, Martynika, Montserrat, Portoryko, Saba, Saint Barthelemy, Saint Kitts and Nevis, Saint Lucia, Saint Martin, Saint Vincent i Grenadyny, Saint Maarten, Sint Eustatius, Trinidad i Tobago, Wyspy Turks i Caicos, Wyspy Dziewicze [Brytyjskie oraz Stanów Zjednoczonych].
WYSPY PACYFIKU	Fidzi, Kiribati , Mikronezja, Palau, Papua Nowa Gwinea, Polinezja Francuska, Nowa Kaledonia, Samoa, Samoa Amerykańskie, Tonga, Vanuatu, Wyspy Cooka, Wyspy Marshalla, Wyspy Salomona, Wyspa Wielkanocna.
Uwagi - Kandydaci na dawców/ dawcy dyskwalifikacja tymczasowa na okres: 1) 28 dni od dnia opuszczenia obszaru ryzyka, na którym występuje zakażenie; 2) 28 dni od ostatniego kontaktu dla osób zgłaszających kontakty seksualne z osobami , u których stwierdzono zakażenie wirusem Zika lub które przebywały na terenach występowania zakażeń wirusem Zika (w ciągu ostatnich 2 miesięcy w przypadku kobiet i w ciągu ostatnich 6 miesięcy w przypadku mężczyzn).	
Data przygotowania: 04.03.2022r.	Osoba przygotowująca:  Kierownik Działu Dawców Krwi Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Bydgoszczy lek. Joanna Markowska 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