

Instituut voor Tropische Geneeskunde
Nationalestraat 155
2000 Antwerpen

Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid
Rue J. Wytsman 14
1050 Brussel



Wetenschappelijke Studiegroep Reisgeneeskunde
Groupe d'Etude Scientifique de la Médecine des Voyages

EDITIE 2010-2011

CONSENSUSVERGADERING 04/06/2010

- Basistekst : “Medische informatie voor reizigers”
- Tabel : “Gelekoortsvaccinatie per land”
- Tabel : “Vaccinaties en malaria-advies per land”
- Printout : “Malaria-advies per land” (bron : <http://www.itg.be>)
- Centra voor vaccinatie tegen gele koorts
- Kaart malaria-zones A,C : <http://www.itg.be/ITG/GeneralSite/MedServ/pg/Nmalaria.htm>

Versie : 08/07/2010

Onder de auspiciën van **DE HOGE GEZONDHEIDSRAAD – SECTIE VACCINATIES**

Verantw. red. **Pr. A. Van Gompel, ITG**

Pr. A. Van Gompel (ITG), Pr. F. Jacobs (Hôp. Erasme, ULB), Pr. P. Lacor (UZ-Brussel), Dr. Ph. Leonard (CHU-ULg), Pr. W. Peetermans (U.Z. - K.U.Leuven), Dr S.Callens (UZ.-U.Gent), Dr. S.Quoilin (iph.fgov.be), Pr. B. Vandercam (CHU. St. Luc, UCL), Pr. Y. Van Laethem (CHU. St. Pierre, ULB), Dr P. Soentjens (Belgisch Leger/Armée belge)

MEDISCHE INFORMATIE VOOR REIZIGERS 2010-2011

Dit document is de basistekst die besproken werd op de Belgische consensusvergadering, die doorgaat op 04/06/2010 in het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV-ISP) te Brussel. Op deze jaarlijkse vergadering, die voorbereid wordt door de Belgische Wetenschappelijke Studiegroep voor Reisgeneeskunde, zijn de geneesheren die in België betrokken zijn bij de gezondheidsproblemen van reizen in tropische en subtropische streken aanwezig.

Deze tekst is een leidraad en beoogt geen volledigheid. Hiervoor wordt verwezen naar de brochures

- "Gezondheidsadviezen voor reizigers" 2010-2011 A. Van Gompel et al. ITG/IMT, uitgeverij Medasso – Multimedia Belgium n.v. (uitsluitend bedoeld voor het medisch korps); www.itg.be
→ « informatie voor de deskundige »
- "International Travel and Health. Vaccination requirements and health advice" WHO/OMS 2010
www.who.int/ith
- "The Yellow Book Health Information for International Travel, 2010" CDC
(<http://www.cdc.gov/travel/contentYellowBook.aspx>.)

Gebruik geen verouderde versies, daar ze kunnen aanleiding geven tot potentieel ernstige vergissingen !

Consulteer steeds de meest recente elektronische versie !

De hiernavolgende adviezen blijven bovendien beperkt tot de reizen van korte duur (**minder dan drie maanden**).

INLEIDING

De meest voorkomende specifieke aandoeningen bij reizigers zijn **diarree**, koortsende aandoeningen (**malaria** voor zover men in een malariagebied reist; **dengue/chikungunya**; **influenza**), luchtwegeninfecties, **ongevallen** (auto, zwemmen), **wondinfecties** en **seksueel overdraagbare aandoeningen**.

- **Diarree** wordt veroorzaakt door besmet voedsel, besmet drinkwater en bevuilde voorwerpen. Daarom moet men extra voorzichtig zijn indien men reist in primitieve hygiënische omstandigheden.
- **Malaria** en **Dengue/Chikungunya** worden overgebracht door muggen. Daarom moet men zich in de eerste plaats tegen de muggensteken beschermen.
- Dezelfde maatregelen die men thuis in acht moet nemen om **ongevallen** te voorkomen, moeten op reis worden nageleefd.
- Voorbehoedsmiddelen zijn essentieel in geval van seksueel contact met nieuwe partners (plaatselijke partners of medereizigers).
- Bovendien moet elke **verwonding** goed ontsmet worden om **infectie** te voorkomen.

VACCINATIES

INLEIDING

Er zijn drie soorten vaccinaties : de verplichte vaccinaties, de basisvaccinaties en de aanbevolen vaccinaties.

1. Verplichte vaccinaties : vaccinatie tegen gele koorts, meningokokkenmeningitis (enkel voor de Hadj/Umra-bedevaarders). De vaccinatie tegen cholera mag niet meer verplicht worden gesteld sinds 1973
2. De reis als gelegenheid om de basisvaccinaties na te kijken tegen tetanus, difterie, kinkhoest, kinderverlamming, mazelen-bof-rubella, rotavirus, hepatitis B, HPV, influenza, pneumokokken.
3. Vaccinaties die nuttig zijn voor reizigers : vaccinaties tegen hepatitis A, B, buiktyfus, meningokokkenmeningitis, Japanse encefalitis, Centraal-Europese tekenencefalitis, rabies en zeer uitzonderlijk cholera en BCG.

VERPLICHTE VACCINATIES

GELE KOORTS

Deze virale infectie komt enkel voor in bepaalde landen van Zuid-Amerika en Afrika. Er bestaat geen geneesmiddel tegen gele koorts, maar er is wel een zeer doeltreffend en goed verdragen levend verzwakt vaccin dat met één injectie een bescherming biedt van 100 % gedurende 10 jaar. In 10-30 % kan er een mild griepachtig beeld optreden na enkele dagen, dat echter maar in minder dan 1 % van de gevallen tot werkverlet leidt. Zeer zeldzaam zijn allergische reacties. De laatste jaren werden echter – uitsluitend bij een eerste vaccinatie - zeer uitzonderlijk levensbedreigende nevenwerkingen gezien: 1/200.000 –300.000 doses. Vooral bij ouderen lijkt het risico verhoogd, (alhoewel deze gegevens gebaseerd zijn op zeer kleine cijferreeksen : schatting 1/1.000.000 < 60 jaar, 1/100.000 voor de groep van 60 – 69 jaar en 1/30.000 >70 jaar). Vanaf de leeftijd van 60 jaar zal men dus de voordelen en de uiterst zeldzame nadelen van deze vaccinatie in de weegschaal moeten leggen, afhankelijk van de reisbestemming, het type reis, en de concrete toekomstige reisplannen (speciaal bij personen die 60 jaar zullen worden, of die getransplanteerd zullen worden of die immunosuppressieve medicatie zullen krijgen, zoals bij inflammatoire darmziekten, reumatoïde artritis, enz.)

WHO 2010: “Yellow fever vaccination is in general recommended for all travellers to areas with risk of yellow fever transmission and wherever mandatory (p 190)

An individual risk assessment based on duration of travel, activities during travel, risk of exposure, medical history, age and previous immunization status is indicated (p.197)”

De vaccinatie gebeurt enkel in vaccinatiecentra die erkend werden door de nationale gezondheidsadministratie. Het is de enige ziekte waarvoor de reiziger een officieel vaccinatiebewijs (het "gele boekje") moet kunnen voorleggen bij het binnenkomen of verlaten van streken waar gele koorts kan voorkomen. Kinderen worden gevaccineerd vanaf de leeftijd van 9 maanden (CDC, Stamaril ®-bijsluiter) - 1 jaar (WHO; voor de meeste landen in Zuid-Amerika en een aantal landen in Afrika ook 9 maanden), en in uitzonderlijke omstandigheden vanaf 6 maand; op jongere leeftijd vaccineren gebeurt niet omwille van het risico voor encefalitis. Zwangeren en vrouwen die borstvoeding geven worden normaal gezien niet ingeënt. Bij personen met een verminderde immuniteit moeten de risico's en de baten afgewogen worden. Personen met dysfunctie van de thymus (bvb thymoma) of die thymectomie ondergingen mogen niet gevaccineerd worden. Bij tegenaanwijzing voor vaccinatie tegen gele koorts kan het nodig zijn om een verandering in reisbestemming aan te bevelen. In sommige gevallen kan men in het gespecialiseerd reisadviescentrum een tijdelijke « waiver » geven (document om vrijstelling van vaccinatie te attesteren met aangeven van de

preciese periode) en dient men de noodzaak van antimugmaatregelen overdag benadrukken.

In dit “gele boekje” is ook plaats om alle andere vaccinaties te noteren. Best maakt men fotokopieën van het “gele boekje”, waarvan men er één thuis, in België, bewaart.

Legende tabel : gele koorts

c = vaccinatie verplicht;

c ° = vaccinatie strikt aanbevolen tot noodzakelijk (het land eist het niet per se, maar gele koorts komt voor of kan voorkomen in dit land)

d = in het land van bestemming zelf is geen gele koorts; vaccinatie is alleen maar verplicht als men vanuit een land afreist met risico voor gelekoortstransmissie

WHO Kaart: www.who.int/ith → disease distribution maps

Gedetailleerde WHO-richtlijnen : <http://www.who.int/ith/ITH2010countrylist.pdf>

MENINGOKOKKENMENINGITIS

Zie verder

NB. CHOLERA

Cholera wordt gekenmerkt door veelvuldige waterige ontlastingen waardoor snel uitdroging kan optreden. Cholera is een ziekte van arme mensen die in zeer slechte hygiënische omstandigheden leven en meestal ook ondervoed zijn. Voor een gezonde reiziger die de verderop vermelde preventieve maatregelen voor reizigersdiarree nauwkeurig toepast, is het risico om cholera op te lopen onbestaande, zelfs indien men in een gebied reist waar een cholera-epidemie heerst.

Een oraal vaccin tegen cholera (2 innamen met 14 dagen interval) is in België gecommercialiseerd. Dit vaccin bevat *Vibrio cholerae* serogroep O1 bacteriën en het recombinante choleratoxine subunit B. Het vaccin geeft een goede tijdelijke bescherming tegen *V. cholerae* serogroep O1, maar niet tegen *V. cholerae* serogroep O139 of andere vibrio-species. De plaats van dit vaccin in de reisgeneeskunde is zeer beperkt en de vaccinatie zal in principe enkel voorgesteld worden in zeer specifieke omstandigheden, zoals voor hulpverleners in vluchtelingenkampen waar er een risico is van cholera-epidemie.

Door enkele Afrikaanse landen wordt nog steeds officieus een vaccinatiebewijs vereist. Om hiermee problemen op luchthavens of grensovergangen te vermijden, kan het “vaccinatiebewijs” onder de vorm van een “certificaat van tegenindicatie voor vaccinatie” (immers onnodige vaccinatie) in een aantal gevallen zinvol zijn.

WHO Kaart: www.who.int/ith → disease distribution maps

BASISVACCINATIES

TETANUS, DIFTERIE

www.health.belgium.be klik : NI; zoekterm: vaccin

De voorbereidingen voor de reis zijn een ideaal moment om de tetanos- en difterievaccinatie terug op punt te stellen. Voor de meeste mensen (zeker jongeren) volstaat een herhalingsinspuiting om de 10 jaar, ook al is de laatste injectie langer dan 10 jaar geleden. Indien men ooit volledig gevaccineerd werd, en de vorige injectie langer dan 20 jaar geleden is, is een volledige vaccinatieserie met 3 injecties niet nodig, maar worden 2 inspuitingen aangeraden met 6 maand interval (de tweede injectie is vooral nodig om een goede bescherming tegen difterie te waarborgen). Indien men niet zeker is over volledigheid van de vroeger gekregen

basisvaccinatie, bestaat de vaccinatieserie uit twee injecties met 1 maand interval, gevolgd door een derde injectie na 6 – 12 maanden. In 1959 werd in België met de veralgemeende tetanus-difterievaccinatie gestart, en er werd toen een inhaalprogramma georganiseerd waarbij alle pasgeborenen en kinderen tot 15 jaar in aanmerking kwamen.

KINKHOEST www.health.belgium.be klik : NI; zoekterm: vaccin

De consultatie voor reisadvies kan een gelegenheid zijn om een rappel tegen kinkhoest (Boostrix® = tetanus + difterie + acellulaire pertussis; voor volwassenen) te overwegen, volgens de specifieke aanbevelingen van de HGR. Voor de volledige aanbeveling, zie www.health.belgium.be

POLIO (kinderverlamming) www.health.belgium.be klik : NI; zoekterm: vaccin

Sinds 1967 werd elke Belg verplicht gevaccineerd tegen polio met een oraal vaccin (Sabin®), het zogenaamde "lepeltje". Sinds 2001 gebeurt de verplichte vaccinatie bij de zuigeling met het inspuitable vaccin. Het vaccin bezorgt meestal een levenslange bescherming. Bij personen die ooit volledig gevaccineerd werden, volstaat één rappelinenting, bij voorkeur met het geïnactiveerde vaccin (IPV) op volwassen leeftijd (≥ 16 jaar) voor een levenslange bescherming. Polio komt in België niet meer voor. Er is geen polio meer op het ganse Amerikaanse continent, WHO-regio Europa en de regio van de Stille Oceaan. Het virus circuleert nog steeds in enkele Afrikaanse landen en in delen van Azië, vooral in India.

<http://www.polioeradication.org/content/general/casemap.gif> &

<http://www.polioeradication.org/casecount.asp> & www.who.int/ith → disease distribution maps

Vandaar het belang om steeds een (herhalings)vaccin tegen polio te overwegen voor een korte of lange reis naar Afrika of Azië. Er bestaan in België twee vaccins :

Imovax® inspuiting	Revaxis®
- Rappel : één inspuiting - Primovaccinatie : na de eerste inspuiting een rappel na 2 en na 12 maanden (versneld schema is mogelijk)	- gecombineerd inspuikbaar vaccin tegen tetanus, difterie én polio voor personen <u>vanaf de leeftijd van 6 jaar</u>

Indien de reis het niet toelaat om het volledige schema van de vaccinaties af te werken, is op reis gaan toch een goede gelegenheid om er mee te beginnen. De vaccinatie dient dan na de reis te worden afgewerkt, in het vooruitzicht van latere reizen.

Legende tabel : polio www.who.int/ith → disease distribution maps

p = het virus circuleert nog in het land of in landen in de buurt.

(p) = het virus circuleert niet meer in dit land, maar is nog aanwezig op dit continent

WHO-kaarten <http://www.polioeradication.org/content/general/casemap.gif>

Eén rappel op volwassen leeftijd geeft levenslange immuniteit

MAZELEN www.health.belgium.be klik : NI; zoekterm: vaccin → inhaalvaccinaties 1 & 2 & 3

Sedert 1985 wordt het trivalent mazelen-bof-rubella vaccin gratis ter beschikking gesteld voor kinderen (op 12 maanden, een rappel rond de leeftijd van 11-12 jaar). Personen geboren vóór 1960 hebben bijna zeker antistoffen tegen mazelen en bof ten gevolge van de natuurlijke expositie aan het virus. Voor de niet gevaccineerde personen geboren vanaf 1960 die klinisch geen duidelijke mazeleninfectie doorgemaakt hebben moet de vaccinatie voor mazelen aan de reizigersvaccinaties worden toegevoegd voor elkeen die naar een derde wereldland reist (voor een volwassene 2 inspuitingen met een interval van minstens 1 maand zoals aangegeven in

<http://www.itg.be>: redactie A. Van Gompel – ITG de Belgische vaccinatiekalender (HGR / inhaalvaccinaties (2)). Elke vroegere vaccinatie telt mee. Deze vaccinatie gebeurt steeds met het trivalente vaccin, omdat dit de enige beschikbare vorm is in België. Vaccinatie is tegenaangewezen bij zwangeren en personen met een verminderde immuniteit.

AANBEVOLEN VACCINATIES

HEPATITIS A www.health.belgium.be klik : NI; zoekterm: vaccin

Hepatitis A (geelzucht) is een besmettelijke virale leverontsteking, die overgedragen wordt via voedsel, drank of voorwerpen die direct of indirect in aanraking zijn geweest met stoelgang. Het verloop van de ziekte is meestal mild, maar het herstel kan wel van lange duur zijn en de kans op een uitgesproken ziektegevoel en sterfte door hepatitis A nemen duidelijk toe met de leeftijd (tot meer dan 1 % vanaf de leeftijd van 40 jaar). Wie vroeger de ziekte heeft doorgemaakt, is levenslang beschermd en zal zich dus nooit hoeven te laten vaccineren (wel door labotest laten bevestigen : IgG type of totaal Ig antistoffen). In de geïndustrialiseerde landen is de kans op infectie momenteel erg klein, gezien de goede hygiëne. In ontwikkelingslanden blijft de kans op infectie toch hoog, vooral voor mensen die avontuurlijke reizen of reizen langer dan 3 weken ondernemen. In feite wordt aan iedereen die naar Azië/Oceanië – Afrika (Noord-Afrika inbegrepen) – Latijns Amerika, maar ook naar Oost-Europa of het Midden-en Nabije Oosten reist, ongeacht de duur en de omstandigheden, door de WGO aangeraden om tegen hepatitis A beschermd te zijn.

Het vaccin is aangewezen bij kinderen en adolescenten van migranten die op reis naar land van oorsprong gaan.

Het gebeurt niet zelden dat patiënten vergeten om de ganse vaccinatieserie af te werken. In dat geval geldt, zowel voor hepatitis B als voor hepatitis A, dat "elke vaccinatie-injectie telt". Dat betekent dat wanneer er een aanzienlijke vertraging is (zelfs meerdere jaren), men het schema niet opnieuw van nul moet beginnen; de volgende injectie kan worden uitgevoerd volgens het schema, met name zoals op het moment dat het schema onderbroken werd.

Havrix® / Epaxal®

- na één injectie is men voor nagenoeg 100 % gedurende minstens 1 jaar beschermd voor immunocompetente reizigers
- een tweede inenting – bij voorkeur gegeven na 6 à 12 maanden - is goed voor een **levenslange** bescherming; beide vaccins kunnen door elkaar gebruikt worden
- Indien vaccinatie tegen hepatitis B ook aangewezen is, wordt het combinatievaccin Twinrix® toegediend (in totaal 3 dosissen, waarvan minstens 2 dosissen voor vertrek!).

Het is overigens niet zinvol om systematisch de antistoftiter tegen hepatitis A te meten na vaccinatie. De gevoeligheid van de routine serologische testen is de laatste jaren sterk verbeterd zodat het wél aangewezen is om te testen bij personen met verminderde immuniteit.

Legende tabel : hepatitis A www.who.int/ith → disease distribution maps

a = hoog risico, vaccinatie sterk aanbevolen tot noodzakelijk, wat ook de duur en de omstandigheden van de reis zijn
(a) = matig tot laag risico, de indicatie voor vaccinatie hangt af van de reisduur, accommodatie, frequentie van reizen.
NB na volledige vaccinatie = levenslang immuun

BUIKTYFUS

Buiktyfus is een ernstige infectie, die met hoge koorts gepaard gaat. De overdracht gebeurt door inname van besmet voedsel of water. Nogmaals een reden om de richtlijnen om diarree te voorkomen nauwkeurig toe te

passen. Er bestaan twee types van vaccin, met een beschermende werkzaamheid van ongeveer 60-70% en die ongeveer dezelfde kostprijs hebben :

Vivotif®	Typherix®, Typhim Vi®
<ul style="list-style-type: none">• onder de vorm van capsules : 3 capsules, nuchter in te nemen, 1 capsule stipt om de 48 uur. Na inname nog 1 uur nuchter blijven.• inname 14 dagen vóór vertrek• bescherming gedurende 3 jaar• koel bewaren ! Capsules niet openen of oplossen.• niet samen nemen met antibiotica of sommige antimalaria-middelen.• zwangeren en personen met verminderde immuniteit vermijden best deze vaccinatie, evenals personen die in de nabijheid van immuungedeprimeerden leven	<ul style="list-style-type: none">• éénmalige injectie, die zeer goed verdragen wordt• vaccinatie 14 dagen vóór vertrek• bescherming gedurende 3 jaar

De kans op besmetting is echter eerder laag, en de aandoening kan met antibiotica behandeld worden. Voor korte reizen in goede hygiënische omstandigheden kiest men dikwijls voor het niet toedienen van dit vaccin, daar de ongemakken, zelfs gering, en de kostprijs dikwijls niet in verhouding staan met het risico, en omdat daarbij de incubatieperiode over het algemeen de duur van de reis overschrijdt. Vaccinatie is dus vooral aangewezen (1) voor avontuurlijke reizen in slechte hygiënische omstandigheden, of (2) voor reizen die langer dan 3 weken duren.

Legende Tabel : Buiktyfus : de vaccinatie-indicatie hangt af van reisduur, accommodatie, frequentie van reizen;
t p land met relatief hoog risico;
(t) p land met matig tot laag risico

In functie van de reisomstandigheden, is het verder aangeraden om te laten vaccineren tegen :

- **HEPATITIS B** www.health.belgium.be klik : NI; zoekterm: vaccin
(3 injecties op dag 1-30- 120 à 180 of versneld schema op dag 1-30-60 of zelfs 1-7-21 en 360 = 4 injecties). De hoge gezondheidsraad beveelt een serologische antistoffen-controle (anti-HBs) aan, 1 à 3 maanden na de **volledige** hepatitis B primovaccinatie vaccinatie bij de volwassene (het immuunantwoord kan hier beduidend lager zijn dan 90-95 %). Indien 1 à 3 maanden na de laatste injectie van de vaccinatieserie een serumtiterbepaling leert dat er >10 IU/ml aanwezig zijn, is men in principe levenslang beschermd. Noteer in het vaccinatieboekje “antistoffen aangetoond, levenslang immuun”
Vaccinatie wordt in elk geval aanbevolen :
 1. voor personen die dikwijls op reis zijn in Azië, Latijns Amerika en Afrika ook in Oost-Europa of in het Midden-en Nabije Oosten evenals personen die er langer dan 3-6 maanden doorbrengen, en zeker voor kinderen die ginds verblijven (besmetting van direct of indirect contact met mondslijmvlies, conjunctiva en huidwondjes);
 2. voor reizigers die eventueel seksuele contacten hebben, of mogelijk medische en/of tand- ingrepen dienen te ondergaan; acupunctuur, piercing of tattooages; ook de avontuurlijke reiziger of de reiziger die gevaarlijke sporten beoefent, die risico loopt op trauma, en dus verzorging behoeft in een ziekenhuis in minder goede hygiënische omstandigheden; ook voor reizigers die helpen in een weeshuis of bij de opvang van straatkinderen.
 3. voor allochtonen en hun kinderen die reizen naar het land van herkomst, op bezoek bij hun families en/of vrienden (“VFR travelers”, visiting friends and relatives).

4. voor alle personeel werkzaam in de gezondheidszorg; hepatitis B vaccinatie maakt nu deel uit van de basisvaccinatie van zuigelingen. Ook de leeftijdscohort van leerlingen van het laatste jaar van het lager onderwijs of het eerste jaar secundair onderwijs worden gevaccineerd (1999-2011). Op reis gaan is dus een gelegenheid om adolescenten en jonge volwassenen te vaccineren en hen aldus te recruteren in het kader van het WHO programma voor universele hepatitis B vaccinatie ter eradicatie van deze ziekte.

WHO “*While only certain categories of traveller are clearly at risk because of their planned activities, any traveller may be involved in an accident or medical emergency that requires surgery. The vaccine should be considered for virtually all travellers to areas with moderate to high risk of infection.*”

Het gebeurt niet zelden dat patiënten vergeten om de ganse vaccinatieserie af te werken. In dat geval geldt, zowel voor hepatitis B als voor hepatitis A, dat "elke vaccinatie-injectie telt". Dat betekent dat wanneer er een aanzienlijke vertraging is (zelfs meerdere jaren), men het schema niet opnieuw van nul moet beginnen; de volgende injecties kunnen worden uitgevoerd volgens het schema, met name zoals op het moment dat het schema onderbroken werd.

Legende tabel : hepatitis B : www.who.int/ith → disease distribution maps

* = de vaccinatie-indicatie hangt in de eerste plaats af van risicogedrag, ook – maar in mindere mate – van de reisbestemming, reisduur en reisfrequentie. Levenslange immuniteit na geslaagde vaccinatie (=aangetoonde antistoffen).

b = land met hoge prevalentie besmettelijke dragers van het hepatitis B virus ($\geq 8\%$)

(b) = land met intermediaire prevalentie besmettelijke dragers van het hepatitis B virus (2-7%)

o **MENINGITIS DOOR MENINGOKOKKEN A, C, W, Y** (1 injectie)

Het vaccin tegen meningokokkenmeningitis A, C, W en Y (Mencevax® ACW135Y) is aangewezen voor reizigers die tijdens de meningitisperiode (van eind december tot eind juni) in de landen van de Afrikaanse subsaharische meningitis-gordel rondreizen, en er in nauw contact komen met de plaatselijke bevolking (o.a. reizen met openbaar vervoer, overnachten in local guesthouses, migranten die naar hun land van herkomst reizen en daar bij familie zullen logeren), of er gedurende meer dan 4 weken verblijven.

Vaccinatie met het 4-waardig vaccin is verplicht voor de bedevaarders naar Mekka (Haj en Umra). Het moet 10 dagen voor de reis worden toegediend, en het blijft wettelijk 3 jaar geldig.

Het klassieke polysacchariden-meningokokkenvaccin (Mencevax® ACW135Y) geeft een adequate bescherming tegen de serogroepen A, C, W135 en Y gedurende 3 jaar (rappelinjectie elke 3 jaar). Vaccinatie belet echter het dragerschap niet, en secundaire infecties in de omgeving van de reiziger blijven dus mogelijk. Het nieuwe geconjugeerde vaccin tegen meningokokken van groep C (Meningitec®, Menjugate®, Neisvac-C®) biedt enkel bescherming tegen serogroep C, welke echter niet sterk aanwezig is tijdens de epidemieën in Afrika of in Mekka bijvoorbeeld. Vaccinatie met dit nieuwe vaccin vervangt dus geenszins de eventuele indicatie voor het vierwaardig vaccin ACWY. Voorafgaandelijke vaccinatie met Meningitec®, Menjugate®, Neisvac-C®, is geen tegenaanwijzing voor de toediening van Mencevax- ACWY®.

Legende tabel : meningokokkenmeningitis :

vaccinatie-indicatie indien in nauw contact met de bevolking of voor een langere reis (minstens 4 weken)

m = land in de Afr. meningitisgordel (epidemieën mogelijk van eind dec – eind juni) www.who.int/ith → disease distribution maps & <http://wwwn.cdc.gov/travel/yellowBookCh4-Menin.aspx>

(m) = in uitzonderlijke omstandigheden kan er een epidemie zijn, te volgen via www.promedmail.org en zie ook

o **JAPANSE ENCEFALITIS** (Verre Oosten)

Momenteel is het vaccin slechts beschikbaar in de internationale vaccinatiecentra, en alleen het nieuwe vaccin IXIARO® (2 inenting, op dag 1 & 28), door EMEA goedgekeurd vanaf de leeftijd van 18 jaar is gecommmercialiseerd in Europa (halve dosis werd uitgetest in de leeftijdskategorie van 1-3 jaar, maar er zijn nog geen resultaten noch officiële aanbevelingen voor kinderen van 4-17 jaar). Rappel na 12-24 maanden.

Het vroegere Biken-vaccin (JE-vax / Korean Green Cross: 3 injecties op dag 1-7-30) brengt een klein risico mee voor een allergische reactie, die kan optreden tot 12 dagen na de inspuiting (0,5 % van de gevallen).

De indicatie voor de vaccinatie blijft beperkt: reizigers die minstens 3-4 weken rondtrekken op het platteland in endemisch gebied, die in de dorpen en op boerderijen logeren, vooral in gebieden waar natte rijstvelden zich nabij varkenswekerijen bevinden. Deze vaccinatie moet eveneens voorgesteld worden aan personen die gaan wonen in endemische gebieden, zelfs indien ze in de stad wonen.

De overbrengende muggen steken hoofdzakelijk 's avonds en 's nachts, en de beschermende maatregelen tegen de malariamug (o.a. met DEET-bevattende repellents) bieden ook bescherming tegen Japanse encefalitis. Verdere info zie www.itg.be.

Legende tabel : Japanse encefalitis <http://www.cdc.gov/ncidod/dvbid/jencephalitis/qa.htm>

<http://www.cdc.gov/ncidod/dvbid/jencephalitis/risk-table.htm> & www.who.int/ith → disease distribution maps voor een langer verblijf (minstens 4 weken), ruraal, (tussen haakjes : de maanden tijdens dewelke er risico is)

j = land met redelijk risico;

(j) = slechts in welbepaalde tot uitzonderlijke omstandigheden (epidemie) is er risico

- o **TEKENENCEFALITIS** Centraal-Europese Tekenencefalitis ("Frühsummer enzephalitis") is een gevaar voor de toeristen die in bepaalde bosrijke streken in Centraal-Europa (Beieren, Tirol) en Oost-Europa wandelingen zullen maken. FSME-IMMUN® (Baxter) is nu bij de apotheek te verkrijgen op voorschrift. Het vaccinatieschema bestaat uit 3 intramusculaire injecties. Het interval tussen de eerste 2 injecties bedraagt 1 tot 3 maanden, de derde injectie volgt op 9 tot 12 maanden. De herhalingsinenting wordt na drie jaar gegeven, vervolgens om de 3-5 jaar. Bij tijdsgebrek gebruikt men een versneld schema, waarbij de twee eerste injecties op dag 1 én 14 toegediend worden: protectie van ongeveer 90 - 95 % vanaf 2 weken na de tweede inspuiting (dus vanaf dag 28). Voor kinderen vanaf 1 jaar én jonger dan 16 jaar gebruikt men FSME-IMMUN® Junior. Het gebruik van insect-repellents, op basis van DEET (zie preventieve maatregelen tegen muggensteken) is een nuttig alternatief en aanvulling voor de bescherming tegen tekenbeten; permethrine kan ook op de kleding aangebracht worden. De werkingsduur is beperkt (enkele uren). Verdere info zie www.itg.be.

Legende tabel : tekenencefalitis

(e) = enkel in geval van risico-activiteiten in de omschreven gebieden;

kaart zie Carte : www.zecken.de/index.php?id=502

- **RABIËS (HONSDOLHEID)** (3 injecties: op dag 1-7-21/28, rappel na 1 jaar, en vervolgens elke 5 jaar) www.health.belgium.be klik : NI; zoekterm: vaccin

Kaart : www.who.int/ith → disease distribution maps

Voor preventieve rabiësvaccinatie (razernij, hondsdolheid) is er slechts een beperkte indicatie bij de gewone reiziger *Elke reiziger wordt wel best gewezen op het feit dat er reël risico is !* Voor langere reizen of reizen in welbepaalde omstandigheden kan vaccinatie aangewezen zijn: reizen in afgelegen gebieden met moeilijke verbindingen en met reële kansen op blootstelling zoals bepaalde risicoberoepen (bijvoorbeeld veeartsen of ook fietsers). Ook kinderen zijn door hun frequentere contacten met dieren een risicogroep. Het vaccin tegen rabiës kan bekomen worden bij de Directie Besmettelijke en Overdraagbare Ziekten – vroeger Pasteur Instituut van Brussel - Engelandstraat 642 te 1180 Brussel (Tel. (02) 373 31 56, Fax (02) 373 32 86) (www.pasteur.be klik op “Our analyses & vaccines request forms” en download “Preventive vaccination of humans” & “Payment form”. De meeste, door de overheid erkende vaccinatiecentra (via www.itg.be/ITG/Uploads/MedServ/NADRVACC.htm) hebben eveneens het vaccin tegen rabiës ter beschikking. Verdere info zie www.itg.be .

Alle illegale import van dieren en het niet respecteren van de officiële vaccinatierichtlijnen in dit verband, brengt een risico met zich mee voor het importeren van gevaarlijke infectieziekten (bvb. Hondsdolheid bij zoogdieren).

- De vaccinatie tegen **TUBERCULOSE (B.C.G.)** www.health.belgium.be klik : NI; zoekterm: vaccin is maar beperkt werkzaam, en is zeker niet aangewezen voor reizen van korte duur. Vaccinatie is wel te overwegen bij kinderen tot 5 jaar van migranten die reizen naar familie in het land van herkomst, en wordt ook vereist door bepaalde scholen in overzeese gebieden (Franse Lycea). Het vaccin is niet gecommmercialiseerd in België, maar kan door de apotheker besteld worden in het buitenland. www.who.int/ith → disease distribution maps. Verdere info zie www.itg.be.

Countries with risk of yellow fever transmission and Countries requiring yellow fever vaccination

www.who.int/ith → disease distribution maps & <http://www.who.int/ith/ITH2010countrylist.pdf>.

	Countries with risk of yellow fever transmission (Either yellow fever has been reported or disease in the past plus presence of vectors and animal reservoirs create a potential risk of infection and transmission)	Countries requiring yellow fever vaccination for travellers coming from countries with risk of yellow fever transmission	Countries requiring yellow fever vaccination for travellers from all countries	WHO Yellow fever recommendation	Vaccination is recommended for travellers visiting WHO 2009 (≥ 1 year) CDC 2009 (≥ 9 months)
Afghanistan		Yes		No	
Albania		Yes, ≥ 1 y		No	
Algeria		Yes, ≥ 1 y		No	
Angola	Yes		Yes, ≥ 1 y	Yes	
Anguilla		Yes, ≥ 1 y		No	
Antigua and Barbuda		Yes, ≥ 1 y		No	
Argentina	Yes	No		Yes	<p>WHO : for all travelers , ≥ 9 months of age who are going to the northern and north-eastern forested areas of Argentina, including Iguazu Falls and all areas bordering Brazil and Paraguay):</p> <p>i) total territory of the federal provinces of <u>Formosa</u> and <u>Misiones</u>;</p> <p>ii) specific areas (departments) of the federal province of <u>Chaco</u> (department of Bermejo); the federal province of <u>Corrientes</u> (departments of Berón de Astrada, Capital, General Alvear, General Paz, Itatí, Ituzaingó, Paso de los Libres, San Cosme, San Miguel, San Martín and San Tomé); the federal province of <u>Jujuy</u> (departments of Ledesma, Santa Bárbara, San Pedro and Valle Grande); the federal province of <u>Salta</u> (departments of Anta, General José de San Martín, Orán and Rivadavia).</p>
Australia		Yes, ≥ 1 y		No	WHO : excluding Galapagos Islands in Ecuador and limited to Misiones province in Argentina
Bahamas		Yes, ≥ 1 y		No	
Bahrein		Yes, ≥ 1 y		No	
Bangladesh		Yes, ≥ 1 y		No	
Barbados		Yes, ≥ 1 y		No	WHO : except Trinidad and Tobago and Guyana.
Belize		Yes, ≥ 1 y		No	

	Countries with risk of yellow fever transmission (Either yellow fever has been reported or disease in the past plus presence of vectors and animal reservoirs create a potential risk of infection and transmission)	Countries requiring yellow fever vaccination for travellers coming from countries with risk of yellow fever transmission	Countries requiring yellow fever vaccination for travellers from all countries	WHO Yellow fever recommendation	Vaccination is recommended for travellers visiting WHO 2009 (≥ 1 year) CDC 2009 (≥ 9 months)
Benin	Yes		Yes, ≥ 1 y	Yes	
Bhutan		Yes		No	
Bolivia	Yes	Yes, ≥ 1 y	Yes according to the embassy , but not according to WHO	Yes	WHO : risk areas such as the department of Beni, Cochabamba and Santa Cruz, and the subtropical part of La Paz province. This does not include the cities of La Paz or Sucre. CDC : Required for all travelers ≥ 9 months. Medical waivers must be translated into Spanish and accompany the International Certificate of Vaccination or Prophylaxis (ICVP). Travelers who do not have a valid ICVP will still be allowed to enter Bolivia if they agree to sign an affidavit exempting the Bolivian state from any liability in the event the traveler gets sick with yellow fever within the Bolivian territory. This last option may cause delays at the point of entry.
Botswana		Yes, ≥ 1 y		no	
Brazil	Yes	Yes		Yes	WHO : Vaccination is not recommended for travel to the following coastal cities: Rio de Janeiro, São Paulo, Salvador, Recife, Fortaleza. Vaccination is recommended for travellers over 9 months of age going to the following areas at risk for yellow fever transmission, including Iguaçu Falls : 1/ the entire states of Acre, Amapá, Amazonas, Distrito Federal (including the capital city of Brasilia), Goiás, Maranhão, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Pará, Rondônia, Roraima and Tocantins, 2/ and the designated areas of the following states: north-west and west Bahia, central and west Paraná, south-west Piauí, northwest and west central Rio Grande do Sul, far west Santa Catarina, and north and west São Paulo.
Brunei Dar.		Yes, ≥ 1 y		No	
Burkina F	Yes		Yes, ≥ 1 y	Yes	
Burundi	Yes		Yes	Yes	
Cambodia		Yes, ≥ 1 y		No	

	Countries with risk of yellow fever transmission (Either yellow fever has been reported or disease in the past plus presence of vectors and animal reservoirs create a potential risk of infection and transmission)	Countries requiring yellow fever vaccination for travellers coming from countries with risk of yellow fever transmission	Countries requiring yellow fever vaccination for travellers from all countries	WHO Yellow fever recommendation	Vaccination is recommended for travellers visiting WHO 2009 (≥ 1 year) CDC 2009 (≥ 9 months)
Cameroon	Yes		Yes, ≥ 1 y	Yes	
Cape Verde		Yes, ≥ 1 y		No	
Central African Republic	Yes		Yes, ≥ 1 y	Yes	
Chad	Yes	Yes, ≥ 1 y		Yes	WHO : For all travellers over 9 months of age travelling to southern areas of the Sahara desert.
China		Yes		No	
Christmas Island		Yes, ≥ 1 y		No	WHO : excluding Galapagos Islands in Ecuador and limited to Misiones province in Argentina
Colombia	Yes			Yes	WHO : middle valley of the Magdalena river, eastern and western foothills of the Cordillera Oriental from the frontier with Ecuador to that with Venezuela, Urabá, foothills of the Sierra Nevada, eastern plains (Orinoquia) and Amazonia CDC : Risk in all rural areas at altitudes below 800 m (<2,624 ft. Travelers whose itinerary is limited to the cities of <u>Bogotá, Cali, or Medellín</u> are at lower risk and may consider foregoing vaccination.).
Congo (Bra)	Yes		Yes, ≥ 1 y	Yes	
Congo (Kin) Dem.Rep.	Yes		Yes, ≥ 1 y	Yes	
Costa Rica		Yes		No	WHO : No certificate is required for travellers below the age of 9 months and over the age of 60, pregnant or lactating women, persons with immunosuppression, asymptomatic HIV infection, thymus diseases, history of adverse reactions associated with the yellow fever vaccine or of allergy to egg or gelatin.
Côte d'Ivoire	Yes		Yes, ≥ 1 y	Yes	
Djibouti		Yes		No	
Dominica		Yes		No	
Ecuador	Yes	Yes, ≥ 1 y		Yes *	WHO : Nationals and residents of Ecuador are required to possess certificates of vaccination on their departure to an area with risk of yellow fever transmission. Yellow fever vaccine

	Countries with risk of yellow fever transmission (Either yellow fever has been reported or disease in the past plus presence of vectors and animal reservoirs create a potential risk of infection and transmission)	Countries requiring yellow fever vaccination for travellers coming from countries with risk of yellow fever transmission	Countries requiring yellow fever vaccination for travellers from all countries	WHO Yellow fever recommendation	Vaccination is recommended for travellers visiting WHO 2009 (≥ 1 year) CDC 2009 (≥ 9 months)
					recommendation: vaccination is recommended when travelling to provinces in the Amazon Basin (Orellana, Morona, Napo, Pastaza, Sucumbios and Zamora) and to other areas in the eastern part of the Andes mountains. There is no risk of yellow fever transmission in the cities of Guayaquil and Quito or in the Galapagos Islands. CDC : ≥ 9 months
Egypt		Yes, ≥ 1 y		No	WHO : Air passengers in transit coming from these countries or areas where transmission is possible (list see WHO-website), without a certificate will be detained in the precincts of the airport until they resume their journey.
El Salvador		Yes, ≥ 1 y		No	
Equatorial Guinea	Yes	Yes		Yes	
Eritrea		Yes		No	
Ethiopia	Yes	Yes, ≥ 1 y		Yes	
Fiji		Yes, ≥ 1 y		No	
French Guyana	Yes		Yes, ≥ 1 y	Yes	
Gabon	Yes		Yes, ≥ 1 y	Yes	
Gambia	Yes	Yes, ≥ 1 y		Yes	
Ghana	Yes		Yes, ≥ 9 M	Yes	
Grenada		Yes, ≥ 1 y		No	
Guadeloupe		Yes, ≥ 1 y		No	
Guatemala		Yes, ≥ 1 y		No	
Guinea	Yes	Yes, ≥ 1 y		Yes	
Guinea-Bissau	Yes	Yes, ≥ 1 y		Yes	
Guyana (Br)	Yes	Yes		Yes	WHO : a yellow fever vaccination certificate is required from travellers coming from countries with risk of yellow fever transmission (including Belize) with the exception of Trinidad and Tobago, Paraguay and Argentina.
Haiti		Yes		no	
Honduras		Yes, ≥ 1 y		no	WHO : a yellow fever vaccination certificate is required from travellers over the age of 1 coming from

	Countries with risk of yellow fever transmission (Either yellow fever has been reported or disease in the past plus presence of vectors and animal reservoirs create a potential risk of infection and transmission)	Countries requiring yellow fever vaccination for travellers coming from countries with risk of yellow fever transmission	Countries requiring yellow fever vaccination for travellers from all countries	WHO Yellow fever recommendation	Vaccination is recommended for travellers visiting WHO 2009 (≥ 1 year) CDC 2009 (≥ 9 months)
					countries with risk of yellow fever transmission, with the exception of Panama, from where it is only recommended.
India		Yes, ≥ 6 m		no	
Indonesia		Yes, ≥ 9 m		no	
Iran		Yes		no	
Iraq		Yes		no	
Jamaica		Yes, ≥ 1 y		no	
Jordan		Yes, ≥ 1 y		no	
Kazakhstan		Yes		no	
Kenya	Yes	Yes, ≥ 1 y		Yes *	* WHO for all travellers ≥9 months of age. Low risk in cities of Nairobi and Mombasa * <i>Swiss: no risk at the coast, east of the line Nairobi-Amboseli and south or the line Nairobi-Lamu</i>
Kiribati		Yes, ≥ 1 y		no	
Korea (North)		Yes, ≥ 1 y		no	
Lao PDR		Yes		no	
Lebanon		Yes, ≥ 6 m		no	
Lesotho		Yes, ≥ 9 m		no	
Liberia	Yes		Yes, ≥ 1 y	yes	
Libyan A.J.		Yes		no	
Madagascar		Yes		no	
Malawi		Yes, ≥ 1 y		no	
Malaysia		Yes, ≥ 1 y		no	
Maldives		Yes, ≥ 1 y		no	
Mali	Yes		Yes, ≥ 1 y	yes	WHO : For all travellers over 9 months of age travelling to southern areas of the Sahara desert.
Malta		Yes, ≥ 9 m		no	
Martinique		Yes, ≥ 1 y			
Mauritania	Yes	Yes, ≥ 1 y		Yes *	WHO : * For all travellers over 9 months of age travelling to southern areas of the Sahara desert.
Mauritius		Yes, ≥ 1 y		no	
Montserrat		Yes, ≥ 1 y		no	
Mozambique		Yes, ≥ 1 y		no	
Myanmar		Yes		no	
Namibia		Yes		no	For travellers in transit, see WHO -website
Nauru		Yes, ≥ 1 y		no	
Nepal		Yes		no	

	Countries with risk of yellow fever transmission (Either yellow fever has been reported or disease in the past plus presence of vectors and animal reservoirs create a potential risk of infection and transmission)	Countries requiring yellow fever vaccination for travellers coming from countries with risk of yellow fever transmission	Countries requiring yellow fever vaccination for travellers from all countries	WHO Yellow fever recommendation	Vaccination is recommended for travellers visiting WHO 2009 (≥ 1 year) CDC 2009 (≥ 9 months)
Neth.Antill Aruba, Bonaire, Curaçao, ...		Yes, ≥ 6 m		no	
N. Caledonia		Yes, ≥ 1 y		no	
Nicaragua		Yes, ≥ 1 y		no	
Niger	Yes		Yes, ≥ 1 y	Yes *	WHO : For all travellers over 9 months of age travelling to southern areas of the Sahara desert.
Nigeria	Yes	Yes, ≥ 1 y		Yes	
Niue		Yes, ≥ 1 y		no	
Oman		Yes, ≥ 1 y		no	
Pakistan		Yes, ≥ 6 m		no	
Panama	Yes	Yes *			WHO : for all travellers over 9 months of age travelling to the provinces of Comarca Emberá, Darien, Kuna Yala (old San Blas) and Panama east of the Canal Zone, excluding the Canal Zone, Panama City and San Blas Islands.
Pap.N. Guinea		Yes, ≥ 1 y		no	
Paraguay	Yes	Yes, ≥ 1 y		Yes *	WHO : for all travellers over 9 months of age.
Peru	Yes				the jungle areas of the country below 2300m . Travellers who will only visit the cities of Cuzco and Machu Picchu do not need vaccination.
Philippines		Yes, ≥ 1 y		no	
Pitcairn		Yes, ≥ 1 y		no	
Reunion		Yes, ≥ 1 y		no	
Russian Fed		Yes, ≥ 9 M		no	
Rwanda	Yes		Yes, ≥ 1 y	Yes	
St Helena		Yes, ≥ 1 y		no	
St Kitts&Nevis		Yes, ≥ 1 y		no	
St Lucia		Yes, ≥ 1 y		no	
St Vincent and the Grenadines		Yes, ≥ 1 y		no	
Samoa		Yes, ≥ 1 y		no	
Sao Tome and Principe	Yes		Yes, ≥ 1 y	Yes	
Saudi Arabia		Yes		no	
Senegal	Yes	Yes		Yes	

	Countries with risk of yellow fever transmission (Either yellow fever has been reported or disease in the past plus presence of vectors and animal reservoirs create a potential risk of infection and transmission)	Countries requiring yellow fever vaccination for travellers coming from countries with risk of yellow fever transmission	Countries requiring yellow fever vaccination for travellers from all countries	WHO Yellow fever recommendation	Vaccination is recommended for travellers visiting WHO 2009 (≥ 1 year) CDC 2009 (≥ 9 months)
Seychelles		Yes, ≥ 1 y		No	
Sierra Leone	Yes		Yes	Yes	
Singapore		Yes, ≥ 1 y		No	
Solomon Isl.		Yes		No	
Somalia	Yes	Yes		Yes	
South Africa		Yes, ≥ 1 y		No	
Sri Lanka		Yes, ≥ 1 y		No	
Sudan	Yes	Yes, ≥ 9 m		Yes	WHO : For all travellers over 9 months of age travelling to southern areas of the Sahara desert, excluding the city of Khartoum. A certificate may be required from travellers leaving Sudan
Suriname	Yes	Yes, ≥ 1 y		Yes	
Swaziland		Yes		No	
Syrian ArabR.		Yes		No	
Tanzania	Yes	Yes, ≥ 1 y	Yes according to some embassies, not according to WHO	Yes	CDC : the city of Dar Es Salaam has a lower risk than rural areas
Thailand		Yes, ≥ 9 m		No	
Timor Leste		Yes, ≥ 1 y		No	
Togo	Yes		Yes, ≥ 1 y	Yes	
Trinidad and Tobago	Yes	Yes, ≥ 1 y		Yes	WHO & CDC : for all travellers over 9 months of age whose itinerary includes Trinidad. Vaccination is not recommended for those visiting only Tobago.
Tunisia		Yes, ≥ 1 y		No	
Uganda	Yes	Yes, ≥ 1 y		Yes	
Uruguay		Yes		No	
Venezuela	Yes	No		Yes	CDC : no risk in the northern coastal area. The cities of Caracas and Valencia are not in the endemic zone
Viet Nam		Yes, ≥ 1 y		No	
Yemen		Yes, ≥ 1 y		No	
Zambia		no		No	
Zimbabwe		Yes		No	

MALARIA (moeraskoorts, paludisme)

Malaria is een infectieziekte verwekt door een parasiet (*Plasmodium*), die overgebracht wordt door de steek van de anophelesmug. Er bestaan vijf (*) verschillende soorten, waarvan *Plasmodium falciparum* de gevaarlijkste is. De incubatietijd, de tijd tussen een besmettende steek en het uitbreken van de ziekte ligt gemiddeld tussen 10 dagen en 4 weken (zelden tot enkele maanden).

Het ziektebeeld wordt gekenmerkt door hevige koortsaanvallen maar kan in het begin lijken op een gewone griep. Soms kan op enkele dagen tijd een dergelijke aanval dodelijk aflopen indien geen correcte behandeling wordt ingesteld. Het is de infectieuze doodsoorzaak nummer één bij de tropenreizigers.

* *Recent werd bij mensen een 5de nieuwe soort, P. knowlesi, gerapporteerd in Malaysia - Myanmar (Formerly Burma) - Thailand - Philippines - deze vorm geeft snel ernstige complicaties, o.a. wegens de korte vermenigvuldigingscyclus (24 uur) & de mogelijke vergissing met de goedaardige p. malariae; P. knowlesi is gevoelig aan alle malariamiddelen.*

Waar komt malaria voor ?

www.who.int/ith → disease distribution maps & details per land <http://www.who.int/ith/ITH2010countrylist.pdf>.

Malaria komt alleen voor in die gebieden waar anophelesmuggen aanwezig zijn : in de tropen en in een groot aantal subtropische gebieden. Vanaf 1500 tot 2500 meter kunnen er minder tot geen anophelesmuggen voorkomen, afhankelijk van de temperatuur en het klimaat op die hoogte. In de meeste grote steden is er weinig of geen risico voor besmetting, behalve in Afrika, waar het risico wel reëel blijft. In de buitenwijken van de grote steden in Azië (o.a. India) kan het risico eveneens blijven bestaan. In een aantal gebieden varieert het risico zeer sterk volgens de seizoenen.

Hoe kan men malaria voorkomen ?

- **Vermijd muggensteken** : de anophelesmug steekt enkel tussen valavond en dageraad. Let wel op, de malariamug zoemt praktisch niet.
 - Draag 's avonds licht gekleurde kledij die zoveel mogelijk armen en benen bedekt. Smeer de niet bedekte delen van het lichaam in met een insectenverdrijvend middel, bij voorkeur op basis van DEET 20-50 % (voor kinderen en zwangeren 20-30 %) en herhaal dit om de 4 à 6 uur (men kan er dus de nacht niet volledig mee door). Er bestaan een aantal niet DEET-houdende repellents die ook goed en veilig zijn (produkten op basis van citrodiol-extract van eucalyptusolie (Mosegor[®]/Mosiguard[®]), picaridine (Care Plus Repel-it; Parazeet) en “IR3535”).
 - Slaap 's nachts in kamers waar muggen niet binnen kunnen (muggengaas aan de ramen, elektrisch verwarmde antimugplaatjes, airconditioning) of slaap onder een onbeschadigd **musketennet, dat met permethrine of deltamethrine geïmpregneerd is**. Indien deze maatregelen correct worden uitgevoerd, vermindert men het risico op malaria reeds met minstens 80 à 90 %.
- **Preventief pillen innemen** :
 - Geen enkel geneesmiddel is 100 % doeltreffend om malaria te voorkomen (≥ 95 %), en geen enkel is totaal vrij van nevenwerkingen. We moeten steeds de voor- en nadelen van bepaalde geneesmiddelen afwegen in functie van de besmettingskans op malaria. Deze kans is afhankelijk van het bezochte land, maar ook van de bezochte streken in dat land, het seizoen waarin men reist, de verblijfsduur en het type reis. Aan de hand van deze gegevens en in functie van de gezondheidstoestand van de reiziger (mogelijke tegenaanwijzingen) zal de arts dus individueel moeten bepalen welk anti-

malariamiddel het beste is. Dit verklaart waarom personen in een groepsreis naar dezelfde bestemming soms toch verschillende middelen dienen in te nemen.

- Men maakt onderscheid tussen de verschillende geografische gebieden zoals ze door de Wereldgezondheidsorganisatie worden aangegeven (<http://www.who.int/ith> (www.who.int/ith → disease distribution maps – ingedeeld in zones **I & II** (zone A in België), **III & IV** (zone C in België) in het tekstgedeelte : <http://www.who.int/ith/ITH2009Countrylist.pdf> en in de lijst in bijlage ; zie tevens de ITG-kaart in bijlage of via <http://www.itg.be/ITG/GeneralSite/MedServ/pg/Nmalaria.htm> - versie 2007-8.

- **Zone A (WHO : I & II)** : streken waarin *Plasmodium falciparum* nog gevoelig is voor chloroquine (bv. Midden-Amerika, Haïti en Dom. Republiek) , of waar deze vorm niet meer voorkomt, maar wel een andere parasiet, meestal *P. vivax* (bv. Turkije, Noord-Afrika). In die streken is de transmissie van malaria nochtans dikwijls seizoensgebonden en/of geografisch beperkt. Het malariarisico is zeer laag indien men hoofdzakelijk verblijft in de grote steden of de grote toeristische centra. In de overgrote meerderheid van gevallen zal helemaal geen chemoprophylaxe nodig zijn, maar kunnen de antimugmaatregelen volstaan (repellents).

Wij bevelen de inname aan van chloroquine 300 mg (3 tabletten Nivaquine ®) samen in te nemen, éénmaal per week, te starten 1 week voor vertrek, en door te nemen tot 4 weken na terugkeer. De omstandigheden van de reis zullen bepalend zijn bij deze beslissing.

Inname van tabletten voorkomt overigens wel de eerste aanval maar nooit de laattijdige aanvallen van vivax/ovale-malaria (slapende vormen of leverhypnozoïeten). Enkel de antimugmaatregelen voorkomen besmetting met vivax/ovale-malaria. In geval van twijfel kan het advies ingewonnen worden van een arts met ervaring terzake. In specifieke omstandigheden, indien geen chemoprophylaxe wordt ingenomen, kan een empirische noodbehandeling met chloroquine overwogen worden in geval van koorts door mogelijke malaria vanaf 1 week na aankomst in het malariagebied. Chloroquine mag dan alleen gebruikt worden op advies van een geneesheer, of indien men niet binnen de 24 uur over betrouwbare medische hulp kan beschikken.

- **Zone C (WHO III & IV)** : Streken waar *P. falciparum* voorkomt en daarbij in mindere of sterkere mate neiging vertoont om multiresistent te worden tegen de vroeger gebruikte antimalariamiddelen. Hier zijn MALARONE ® (1 tablet/dag, 1 dag voor vertrek tot 7 dagen na terugkeer), DOXYCYCLINE (100 mg per dag vanaf 1 dag voor vertrek tot 4 weken na terugkeer) of MEFLOQUINE (Lariam ®), 1 tablet van 250 mg per week, te starten enkele weken voor aankomst, en door te nemen tot 4 weken na terugkeer) de eerste keuze. De drie geneesmiddelen zijn evenwaardig op gebied van werkzaamheid, maar Malarone® is duurder. De combinatie Nivaquine-Paludrine heeft geen plaats meer.
- Malarone ® kan ook als “noodpreventie” worden meegegeven (uitstap van enkele dagen naar een hoog-risico gebied). Overigens is het malariarisico niet overal even hoog. In subsaharisch Afrika is het malariarisico erg reëel, ook in de grote steden. Daarentegen, in Azië en in Zuid Amerika is het risico plaatselijk hoog, maar dikwijls afwezig of zeer klein in de centra van de grote steden en in de toeristische gebieden. Voor een juist advies betreffende malaria dient men dus best een arts met ervaring of in een gespecialiseerd centrum te consulteren (zie reisadviescentra of de website www.itg.be).

Sommige personen kunnen enige hinder van bijwerkingen ondervinden tijdens het gebruik van **mefloquine**, zoals “**duizeligheid, slapeloosheid, nachtmerries, opwinding, gevoel van ademnood, onverklaarbare angst, hartkloppingen**”. Deze intolerantieverschijnselen zijn volkomen omkeerbaar na het stoppen van de Lariam ®; ongeveer 2 – 5 % van de gebruikers dient Lariam om deze redenen te stoppen). Het is wel belangrijk de reizigers hiervan op de hoogte te brengen, zeker wanneer ze van plan zijn een wagen of een vliegtuig te besturen, of ook indien ze taken moeten verrichten met hoge precisie. Indien de nevenwerkingen erg hinderlijk zijn, moet men aanraden om dadelijk de inname te stoppen, en andere preventiemaatregelen toe te passen. **Voor mefloquine blijft de tolerantietest van 2-3 weken een noodzaak** (personen die dit product nog nooit eerder ingenomen hebben, starten in elk geval best 2-3 weken op voorhand, om eventuele nevenwerkingen op te vangen). Om een werkzame hoeveelheid mefloquine in het bloed te hebben bij aankomst in het malariagebied, start men dit product bovendien best **steeds 2 tot 3 weken voor vertrek**.

Verkorting van die 3 weken is mogelijk onder de vorm van

- 1- schema voor geroutineerde gebruiker : een tablet per dag, gedurende drie opeenvolgende dagen vlak voor vertrek (oplaaddosis), de vierde tablet wordt ingenomen op dag 7.
- 2- schema voor de nieuwe gebruiker : een tablet per dag, gedurende twee opeenvolgende dagen vlak bvb. 10 dagen voor vertrek (dag 0,1), de derde tablet wordt ingenomen op dag 7, wat nog steeds enkele dagen voor vertrek is, en wat als tolerantietest kan doorgaan.

Men neemt het geneesmiddel verder tot 4 weken na thuiskomst. Indien Lariam goed verdragen wordt, kan het gedurende vele maanden - en in geselecteerde gevallen zelfs jaren - worden ingenomen.

Mefloquine wordt niet voorgeschreven aan patiënten met een neuropsychiatrische aandoening in de voorgeschiedenis, of met epilepsie, en wordt met de nodige voorzichtigheid voorgeschreven bij personen die behandeld worden voor hartritmestoornissen. Het gebruik van mefloquine wordt afgeraden voor kinderen van minder dan 5 kg; het gebruik ervan tijdens het eerste trimester van de zwangerschap kan besproken worden met een gespecialiseerd arts.

- Voor bepaalde gebieden van zone C, in het Verre Oosten is er belangrijke Lariam-resistentie (zie CDC kaart MAP 4-09 “Geographic distribution of mefloquine-resistant malaria” <http://www.cdc.gov/travel/yellowbook/ch4/malaria.aspx#648>), met name in het grensgebied Thailand-Cambodja, Thailand-Myanmar (Birma) en centraal Vietnam. Hier zijn Malarone® en doxycycline de eerste keuze chemoprophylaxe voor avontuurlijke reizigers die er in primitieve omstandigheden overnachten. Malarone® is eerste keuze chemoprophylaxe voor de reizigers die een georganiseerde trektocht ondernemen vanuit Chang Mai of Chang Rai en enkele nachten op primitieve wijze blijven overnachten bij de bergvolken.
- Doxycycline 100 mg per dag, te starten de avond voor aankomst, en door te nemen tot 4 weken na terugkeer. Het kan wel aangewezen zijn om enkele dagen eerder te starten om de tolerantie te testen. Doxycycline is niet toegelaten bij voor kinderen < 8 jaar en zwangere vrouwen; kan soms aanleiding geven tot fototoxiciteit (1 %) en “schimmelinfecties” van de mond en genitaliën. Doxycycline dient steeds in zittende houding te worden ingenomen met overvloedig vloeistof, bij voorkeur tijdens een maaltijd.
- Voor langdurige verblijven kan het in specifieke omstandigheden aanbeveling verdienen om één therapeutische dosis van een antimalariamiddel (Malarone ®) mee te geven, die enkel mag gebruikt

worden op voorschrift van een geneesheer of indien men bij vermoeden van een malaria-aanval niet binnen de 24 uur degelijke medische hulp kan inroepen (er wordt aangeraden steeds een thermometer bij de hand te hebben en geregeld de lichaamstemperatuur te controleren bij onwel voelen, zelfs indien men meent dat men geen koorts heeft!). Dit is vooral aangewezen wanneer men chloroquine - proguanil als chemoprophylaxe neemt tijdens een reis in zone C – wat nog maar zeer zeldzaam is geïndiceerd -, of soms tijdens een langdurig en risicovol verblijf in zone B. Voor de behandeling van een acute malaria-aanval in dergelijke omstandigheden komen in aanmerking : **Malarone**® (atovaquone + paludrine; 4 tabletten per dag, met een lichte maaltijd in te nemen, gedurende drie dagen). Quinine in combinatie met doxycycline is ook zeer werkzaam, maar niet handig als “stand-by emergency treatment”. Halofantrine wordt niet meer gebruikt. Sinds juli 2007 is **Riamet**® op de Belgische markt beschikbaar, een vaste combinatie van artemeter met lumefantrine (6 X 4 co: 0,8,24,36,48,60 uur); in Afrika onder de naam **Co-Arthem**®. Riamet® is geen preventief antimalaria-geneesmiddel. Dit geneesmiddel is niet geschikt om gebruikt te worden zonder medische supervisie. Tegenindicaties zijn onder andere een congenitale familiale verlenging van de QTc- tijd op het EKG, een familiale anamnese van plotse dood, een klinische of medicamenteuze oorzaak van verlenging van de QTc-tijd. (o.a. fluoroquinolones en macroliden gebruikt bij de zelfbehandeling van reizigersdiarree; voor de volledige lijst zie de wetenschappelijke bijsluiter). Dit alles dient individueel met de arts of met de arts van het reisadviescentrum besproken te worden.

- Het gebruik van sneltesten (malaria-antigeendetectietest) kan niet aangeraden worden omwille van de grote kans op fouten bij de uitvoering en de interpretatie van het testresultaat bij de reiziger.
- **Tot slot** : Omdat geen enkele maatregel 100% doeltreffend is om malaria te voorkomen, moet men bij koorts in de eerste maanden na terugkeer uit de tropen steeds aan de mogelijkheid van een malaria-aanval denken, zelfs indien men op correcte wijze het voorgeschreven geneesmiddel heeft ingenomen. Ondanks het feit dat preventieve maatregelen tegen malaria zeer doeltreffend zijn, kan geen enkele methode momenteel 100 % bescherming garanderen. Een speciaal bloedonderzoek (dikke druppel en een bloeditstrijkje) zullen door de arts aangevraagd worden om de diagnose te bevestigen. Snel reageren en adequaat behandelen in geval van koorts gedurende de eerste 3 maanden na thuiskomst is dus evenzeer van belang in het voorkomen van sterfte en andere ernstige complicaties van malaria. Ter geruststelling : tijdig herkende malaria is perfect te behandelen, zonder gevaar voor terugkerende aanvallen. "Eens malaria, altijd malaria" is een fabel.

COUNTRY LIST MALARIA SITUATION – WHO 2010

<http://www.who.int/ith/ITH2010countrylist.pdf>

Type I Very limited risk of malaria transmission = Mosquito bite prevention only:

Algeria, Armênia, Azerbaijan, Cape Verde, El Salvador, Geórgia, Korea, DPR (N), Korea, Republic of, Kyrgyzstan, Morocco, Syrian Arab Republic, Turkmenistan, Uzbekistan

Type II Risk of *P. vivax* malaria or fully chloroquine-sensitive *P. falciparum* only = Mosquito bite prevention plus (sometimes) chloroquine chemoprophylaxis

Argentina, Belize, Bolivia(+ IV), China(+ IV), Costa Rica, Dominican Rep., Guatemala, Haiti, Honduras, Iran (+ IV), Iraq, Mexico, Nicaragua, Panama (+ IV), Paraguay, Peru (+ IV) , Turkey, Venezuela (+ IV)

Type III Risk of malaria transmission and emerging chloroquine resistance = Mosquito bite prevention plus either mefloquine, doxycycline or atovaquone/proguanil

Colombia (+ IV), India (+ IV), Nepal, Sri Lanka, Tajikistan.

Type IV High risk of falciparum malaria plus drug resistance, or moderate/low risk falciparum malaria but high drug resistance = Mosquito bite prevention plus either mefloquine, doxycycline or atovaquone/proguanil

Afghanistan, Angola, Bangladesh, Benin, Bhutan, Bolivia, Botswana, Brazil, Burkina Faso, Burundi, Cambodia, Cameroon, Central African Republic, Chad, China, Colombia, Comoros, Congo, Congo, DRC , Zaire), Côte d'Ivoire, Djibouti, Ecuador, Equatorial Guinea, Eritrea, Ethiopia, French Guiana, Gabon, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Guyana, India (Assam), Indonesia, Iran (Zuiden), Kenya, Laos, Liberia, Madagascar, Malawi, Malaysia, Mali, Mauritania, Mayotte, Mozambique, Myanmar, Namibia, Niger, Nigeria, Pakistan (+ Karachi), Panama, Papua New Guinea, Peru, Philippines, Rwanda, Sao Tome and Principe, Saudi Arabia, Senegal, Sierra Leone, Solomon Islands, Somalia, South Africa, Sudan, Suriname, Swaziland, Tanzania, Thailand, Timor-Leste, Togo, Uganda, Vanuatu, Venezuela, Vietnam, Yemen, Zambia, Zimbabwe

REIZIGERSDIARREE

Gemiddeld een derde van de reizigers heeft last van diarree. Gewoonlijk gaat het om een goedaardige vorm. Reizigersdiarree geneest praktisch altijd spontaan na verloop van enkele dagen, maar kan daarom niet minder vervelend zijn.

Algemene preventieve maatregelen, vooral voedsel- en drankhygiëne.

Zij verminderen gevoelig het risico op diarree.

- Handen wassen vóór het eten
- Probeer volgende voedingswaren te vermijden :
 - rauwe groenten en vruchten die niet door u geschild kunnen worden
 - ongekookte of ongepasteuriseerde melkproducten
 - onvoldoende gekookte zeevruchten of niet genoeg gebakken vlees
 - “lokale specialiteiten” die onfris ruiken
 - roomijs van straatventers
- Warme maaltijden dienen heet geserveerd te worden.
- Ook de plaats waar men eet is belangrijk : een maaltijd in een straatstalletje levert meer risico dan een maaltijd in een restaurant. Vermijd restaurants met veel insecten.
- Vermijd kraantjeswater en ijsblokjes. Flessenwater, hete thee en koffie zijn veilig, evenals frisdranken. Let wel op voor opnieuw gebruikte kroonkurken. Gashoudende frisdranken zijn veilig.

Bij een avontuurlijke reis is het belangrijk het drinkwater te ontsmetten. Volledig kiem- en parasietvrij maken van het drinkwater is onbegonnen werk. Volgende maatregelen zullen echter het risico voor besmetting in belangrijke mate verkleinen (gebruik enkel zuiver water ofwel dient men het water vooraf te filtreren) :

- Het water tot het kookpunt brengen is reeds voldoende doeltreffend.
Een goed alternatief is het chemisch ontsmetten met chloordruppels (b.v. Hadex®, Drinkwell chloor®; verkrijgbaar in de gespecialiseerde buitensportzaken) of chloortabletten (Micropur Forte® = chloor-en zilvertabletten, verkrijgbaar in de apotheek). Men kan de werking ervan verbeteren door troebel water vooraf te filtreren. Zilverzout (Micropur Classic®) is niet erg geschikt om water te ontsmetten, maar dient om ontsmet water langdurig kiemvrij te houden.
- Avontuurlijke reizigers schaffen zich best een draagbare waterfilter aan.

De inname van geneesmiddelen of antibiotica als preventie is af te raden.

Hoe diarree behandelen ?

- In de eerste plaats moeten maatregelen tegen vochtverlies getroffen worden en het is van het grootste belang voldoende vocht en zout in te nemen om uitdroging te vermijden. Dit kan door suikerzoutoplossingen, maar lekkerder zijn gesuikerde thee, bouillon, frisdranken en vruchtensappen, aangevuld met zoute crackers of chips. Het gebruik van rehydratieoplossingen is aan te raden, zeker bij kinderen en oudere personen. Er zijn commerciële zoutoplossing-preparaten op de markt (ORS-oplossing).
- Daarnaast kan een symptomatische behandeling overwogen worden om de stoelgangfrequentie wat te verminderen en ziektesymptomen zoals koorts, braken en buikkrampen te verlichten. Een transitremmer

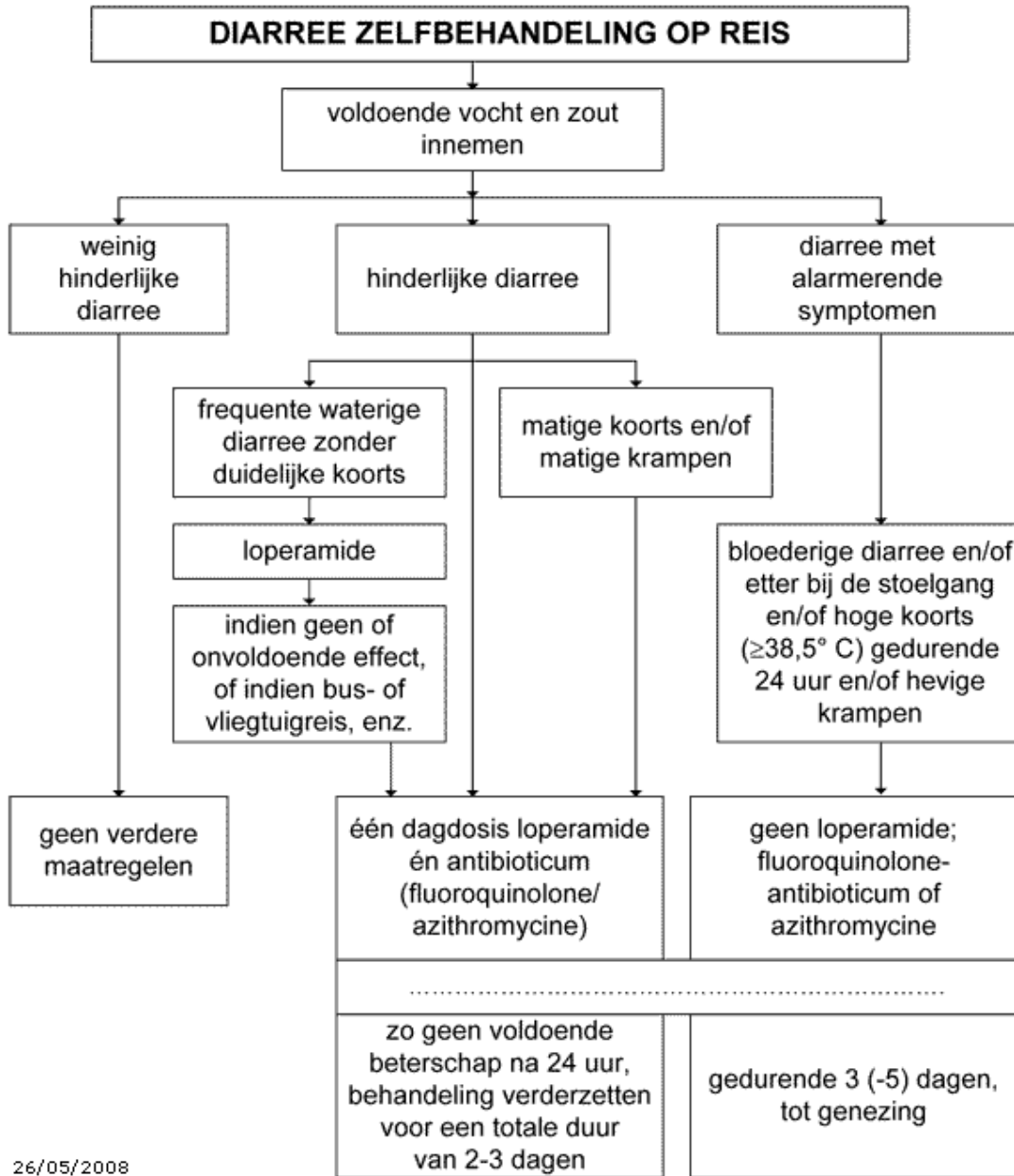
(loperamide (bv. Imodium®)) kan gebruikt worden bij hinderlijke frequent waterige diarree, omdat het innemen ervan het aantal ontlastingen fel kan doen verminderen, wat een belangrijke verlichting betekent van de klachten. Loperamide mag alleen gebruikt worden bij volwassenen en oudere kinderen en dit alleen bij een gewone waterige diarree. Loperamide is tegenaangewezen indien er koorts (meer dan 38,5 °C, thermometer !) en bloederige of slijmerige diarree aanwezig is. In deze gevallen is inname van een antibioticum, bij voorkeur één van de fluoroquinolones aangewezen. Voor hinderlijke diarree met matige koorts en krampen kan een combinatie van loperamide en een fluoroquinolone gegeven worden.

- Het gebruik van een antibioticum is aangewezen :
 1. Indien er geen betrouwbare medische hulp voorhanden is binnen de 24 uur én er bloed, slijm of etter in de ontlasting is of indien de diarree na 24 uur niet betert en gepaard gaat met koorts (meer dan 38,5 °C) of hevige buikkrampen of meer dan 6 ontlastingen per 24 uur
 2. of indien omwille van de reisomstandigheden een snellere oplossing absoluut wenselijk is (zie schema).

Gebruikelijke antibiotica : uitsluitend op voorschrift van de arts

- ⇒ ofwel 1 tablet per dag (ofloxacin 400 mg generisch / Tarivid 400®), ofwel 1 tablet 's morgens en 1 's avonds (ciprofloxacine 500 mg generisch / Ciproxine 500®, ofloxacin 200 mg generisch / Tarivid 200®, norfloxacine 400 mg generisch / Zoroxin®) : **één dagdosis** van het antibioticum – indien geen voldoende beterschap wordt de behandeling verdergezet voor een totale duur van 2 – 3 dagen (voor onverwikkelde waterige diarree) tot 3 - 5 dagen (bij ernstige symptomen; zie schema). Vermijd zonlicht, omwille van het geringe risico voor fotosensibilisatie. Voor kinderen is er ciprofloxacine-siroop op de markt (20 mg /kg/dag in twee giften).
- De Belgische Wetenschappelijke Studiegroep voor Reisgeneeskunde verkiest vanaf de consensusvergadering in 2008, azithromycine boven fluoroquinolones voor reizen naar Azië (vanaf India tot het Verre Oosten), wegens de uitgesproken resistentie van de fluoroquinolones tegen *Campylobacter* sp. : Azithromycine generisch / Zitromax ® : 500 mg per dag, **één dagdosis** van het antibioticum – zo geen voldoende beterschap wordt de behandeling verdergezet voor een totale duur van 2 – 3 dagen. Dit antibioticum is ook toegestaan bij zwangeren; dosering voor kinderen met de siroop 5-10 mg /kg/dag).
- Bactrim forte® en Eusaprim forte® worden nooit meer aangeraden.

Schematisch voorgesteld :



26/05/2008

“Dit schema is enkel te gebruiken op reis. Gebruik het antibioticum niet na terugkomst in België, maar bewaar het zorgvuldig en gebruik het uitsluitend als noodbehandeling voor een volgende reis. Kijk de vervaldatum na; een vervallen produkt wordt naar de apotheker gebracht.”

OVERIGE MAATREGELEN

- **Seksueel overdraagbare aandoeningen** Op reis is de kans op toevallige seksuele contacten hoger. Seksueel overdraagbare aandoeningen, in het bijzonder hiv, vormen daarom een belangrijk risico voor reizigers. Menig ongewild en bovendien onveilig seksueel contact heeft plaats onder invloed van alcohol. Preventie op reis betekent eigenlijk hetzelfde als thuis. Het correct gebruik van een condoom, best voor vertrek hier aangeschaft, is een absolute vereiste. Enkel een wateroplosbaar glijmiddel is toegestaan (b.v. KY gel). In dit geval is vaccinatie tegen Hepatitis B zeker ook aangewezen ! Men dient in elk geval een arts te raadplegen indien men risico liep, ook al zijn er geen symptomen.
- Gezien het hogere risico voor ongevallen op reis, van welke aard ook, is het afsluiten van een goede **reisbijstandsverzekering** essentieel. Respecteer dezelfde veiligheidsnormen als thuis (zeker ook qua alcoholgebruik) en gebruik in ieder geval de veiligheidsgordel (indien aanwezig) in de auto.
- Info over (o.a. veiligheid) in het land van bestemming : www.diplomatie.be en <http://statbel.fgov.be>
- Een frequent probleem bij reizigers in ontwikkelingslanden zijn **wondinfecties** en zweren. Elke verwonding, hoe banaal ook, zal men zorgvuldig uitwassen en ontsmetten, waarna men een krachtige ontsmettende zalf aanbrengt.
- Andere onderwerpen die men eventueel met de arts dient te bespreken zijn :
 - huidverzorging, hitte en zonneblootstelling/zonnebrand, wondjes, beten en steken ;
 - reisziekte (wagenziekte, etc); problemen verbonden met vliegtuigreizen : aëro-otitis en aëro-sinusitis, jet lag, risico voor diepe veneuze thrombose; problemen van hoogteziekte; duiken; contraceptie
 - met kinderen op reis / als zwangere op reis / met chronische ziekte op reis, immunodepressie
- **Hoogteziekte** & het correct gebruik van acetazolamide: zie handout op www.itg.be
- **Schistosomiase** (ook bilharziose genoemd) is een wormaandoening die men kan oplopen tijdens het zwemmen of baden in besmet water. Dit komt voor in het grootste deel van Afrika en in beperkte delen van Zuid-Amerika en het Nabije en Verre Oosten. Het risico voor bilharziose is het grootst in stilstaand water (zeker in stuwmeren), maar ook in de rivieren (grote of kleine, snel- of traagstromend) kan besmetting optreden. Er bestaat geen preventieve medicatie noch vaccin. Men vermijdt dus best om te baden of te zwemmen in zoet water. Indien men toch in mogelijk besmet water geweest is, is een controle na 3 maanden wenselijk (serologie, eosinofilie). Mogelijke ernstige complicaties kunnen zich uitzonderlijk reeds in de eerste maanden na mogelijke blootstelling voordoen (bloed in de urine, verlamming), dan moet men onmiddellijk een arts raadplegen. www.who.int/ith → disease distribution maps & zie kaarten per land : <http://www.who.int/wormcontrol/documents/maps/country/en>
- **Dengue & chikungunya** (www.who.int/ith → disease distribution maps). In Latijns-Amerika en in Azië komt vrij veel Dengue-koorts voor; sinds enkele jaren zijn er ook Chikungunya-epidemiën in Afrika en Azië. Het zijn virale infecties die overgebracht worden door muggen die overdag steken. De ziekten worden gekenmerkt door koorts en meestal felle spierpijnen; bij Chikungunya staan gewrichtsontstekingen op de voorgrond. Uiterst zeldzaam kan Dengue-koorts dramatisch verlopen met bloeddrukval en bloedingen, maar die mits goede medische verzorging bijna steeds een gunstige afloop kent. Er is geen vaccin en er zijn geen doeltreffende geneesmiddelen. De ziekten genezen vanzelf, maar er kan een vrij lange herstelperiode volgen. Men kan enkel paracetamol voor de koorts gebruiken.

Preventie = antimugmaatregelen toepassen overdag. Meer info: zie www.itg.be

- In uitzonderlijke gevallen (op reis in Afrika) kan het nuttig zijn zich enkele spuit en naalden bij de apotheek aan te schaffen, voor het geval u een inspuiting op reis zou nodig hebben. Van belang is elke inspuiting te weigeren zolang men geneesmiddelen langs de mond kan innemen. Vertrek in goede gezondheid. Vergeet bijvoorbeeld niet zondig nog de tandarts te raadplegen voor een lange verre reis en neem ook van alle chronisch ingenomen geneesmiddelen voldoende voorraad mee, plus een reservehoeveelheid. Bewaar de geneesmiddelen in de handbagagezak

LAND	G.K.	H. A	Polio	H.B *	BKTYFUS	MNG.	JAP.E.	FSME	MAL.	OPMERKINGEN (over malaria, tenzij anders aangegeven, bvb GK)
Abu Dhabi = Ver.Ar. Em.		(a)	p	(b)	(t)					
Afghanistan	d	a	p	b	t				(C)	Mei - november
Albanië	d	a		b	(t)					
Algerije	d	a	p	(b)	t				((A))	
Andorra				*						
Angola	c	a	p	b	t	(m)			C	
Anguilla/Antigua/Barbuda (Car.)	d	(a)		(b)	(t)					
Argentinië	**	a		*	(t)				(A)	** GK "WHO : recommended for northern regions & Foz d'Iguaçu"
Armenië (ex-USSR)		a		*	(t)				((A))	Juni - oktober
Australië	d			*			(j) (7-12)			Jap. Enc. : Queensland
Azerbeidzjan (ex-USSR)		a		b	t				(A)	Juni - oktober
Azoren = Portugal										

Gele Koorts c = vaccinatie verplicht; c° = vaccinatie strikt aanbevolen tot noodzakelijk (het land eist het niet per se, maar gele koorts komt voor of kan voorkomen in dit land)

d = in het land van bestemming zelf is geen gele koorts; vaccinatie is alleen maar verplicht als men vanuit een land afreist met risico voor gelekoortstransmissie.

WHO Kaart: www.who.int/ith → disease distribution maps; **Gedetailleerde WHO-richtlijnen:** <http://www.who.int/ith/ITH2009Countrylist.pdf>

Hepatitis A a = hoog risico, vaccinatie sterk aanbevolen tot noodzakelijk, wat ook de duur en de omstandigheden van de reis zijn

(a) = matig tot laag risico, de indicatie voor vaccinatie hangt af van de reisduur, accommodatie, frequentie van reizen. NB na volledige vaccinatie = levenslang immuun

Polio p = het virus circuleert nog in het land of in landen in de buurt (p) = het virus circuleert niet meer in dit land, maar is nog aanwezig op dit continent.

WHO-kaart www.who.int/ith → disease distribution maps – een eenmalige rappel bij een volwassene geeft levenslange immuniteit

Hepatitis B : (*) = de vaccinatie-indicatie hangt in de eerste plaats af van risicogedrag, ook – zij het in mindere mate - van reisbestemming, reisduur en reisfrequentie

b = land met hoge prevalentie dragers van het hepatitis B virus; (b) = land met intermediaire prevalentie dragers. Levenslange immuniteit na geslaagde vaccinatie.

Buiktyfus : de vaccinatie-indicatie hangt af van reisduur, accommodatie, frequentie van reizen; t = land met relatief hoog risico; (t) = land met matig tot laag risico

Meningokokkenmeningitis : vaccinatie-indicatie indien in nauw contact met de bevolking of voor een langere reis (minstens 4 weken)

m = land in de Afr. meningitisgordel (www.who.int/ith → disease distribution maps & <http://wwwn.cdc.gov/travel/yellowBookCh4-Menin.aspx>: epidemieën mogelijk van eind dec – eind juni); (m) = in uitzonderlijke omstandigheden kan er een epidemie zijn, te volgen via www.promedmail.org zie ook <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/vol9no10/03-0182-G2.htm>

Japanse encefalitis voor langer verblijf (minstens 4 weken), ruraal, (tussen haakjes: de maanden tijdens dewelke er risico is) <http://www.cdc.gov/ncidod/dvbid/jencephalitis/qa.htm> → table

j = land met redelijk risico; (j) = slechts in welbepaalde tot uitzonderlijke omstandigheden (epidemie) is er risico

Tekenencefalitis (e) = enkel in geval van risico-activiteiten in de omschreven gebieden www.zecken.de/index.php?id=502

MALARIA : A/B/C = malaria-chemoprophylaxe aanbevolen. Voor de details, raadpleeg de tekst of raadpleeg de website : <http://www.itg.be>

(A)/(B)/(C) = malaria-chemoprophylaxe alleen aanbevolen in bep. omstandigheden binnen het kader van de nat. richtlijnen met specifieke aanwijzingen per land

((A)) = er is zeer miniem malariarisico in sommige gebieden – nooit chemoprophylaxe nodig, antimugmaatregelen volstaan in geval van mogelijk risico.

LAND	G.K.	H. A	Polio	H.B *	BKTYFUS	MNG.	JAP.E.	FSME	MAL.	OPMERKINGEN (over malaria, tenzij anders aangegeven, bvb GK)
Bahamas (Atl.Oc.)	d			*					(A)	Zeer sporadisch transmissie van falciparum malaria op Great Exhuma eiland. Bij koorts na terugkeer aan malaria denken.
Bahrein	d	(a)	p	(b)	(t)					
Bangladesh	d	a	p	b	t		(j) (7-12)		(C)	
Barbados (Car.)	d	(a)		(b)	(t)					
Belize	d	a		(b)	(t)				A	
Benin	c	a	p	b	t	m			C	
Bermuda eilanden (Atl. Oc.)				*						
Boetan	d	a	p	b	t		(j)		(C)	
Bolivia	c° **	a		(b)	t				(A)/C	C : Amazonië ** GK “WHO : recommended for certain areas” Ambassades eisen dikwijls een bewijs van vaccinatie
Bosnië-Herzegovina (ex-Jougosl.)		a		(b)	(t)			(e) ?		

Gele Koorts c = vaccinatie verplicht; c° = vaccinatie strikt aanbevolen tot noodzakelijk (het land eist het niet per se, maar gele koorts komt voor of kan voorkomen in dit land)
d = in het land van bestemming zelf is geen gele koorts; vaccinatie is alleen maar verplicht als men vanuit een land afreist met risico voor gelekoortstransmissie.

WHO Kaart: www.who.int/ith → disease distribution maps; **Gedetailleerde WHO-richtlijnen:** <http://www.who.int/ith/ITH2009Countrylist.pdf>

Hepatitis A a = hoog risico, vaccinatie sterk aanbevolen tot noodzakelijk, wat ook de duur en de omstandigheden van de reis zijn

(a) = matig tot laag risico, de indicatie voor vaccinatie hangt af van de reisduur, accommodatie, frequentie van reizen. NB na volledige vaccinatie = levenslang immuun

Polio p = het virus circuleert nog in het land of in landen in de buurt (p) = het virus circuleert niet meer in dit land, maar is nog aanwezig op dit continent.

WHO-kaart www.who.int/ith → disease distribution maps – een eenmalige rappel bij een volwassene geeft levenslange immuniteit

Hepatitis B : (*) = de vaccinatie-indicatie hangt in de eerste plaats af van risicogedrag, ook – zij het in mindere mate - van reisbestemming, reisduur en reisfrequentie

b = land met hoge prevalentie dragers van het hepatitis B virus; (b) = land met intermediaire prevalentie dragers. Levenslange immuniteit na geslaagde vaccinatie.

Buiktyfus : de vaccinatie-indicatie hangt af van reisduur, accommodatie, frequentie van reizen; t = land met relatief hoog risico; (t) = land met matig tot laag risico

Meningokokkenmeningitis : vaccinatie-indicatie indien in nauw contact met de bevolking of voor een langere reis (minstens 4 weken)

m = land in de Afr. meningitisgordel (www.who.int/ith → disease distribution maps & <http://wwwn.cdc.gov/travel/yellowBookCh4-Menin.aspx>: epidemieën mogelijk van eind dec – eind juni); (m) = in uitzonderlijke omstandigheden kan er een epidemie zijn, te volgen via www.promedmail.org zie ook <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/vol9no10/03-0182-G2.htm>

Japane encefalitis voor langer verblijf (minstens 4 weken), ruraal, (tussen haakjes: de maanden tijdens dewelke er risico is) <http://www.cdc.gov/ncidod/dvbid/jencephalitis/qa.htm> → table

j = land met redelijk risico; (j) = slechts in welbepaalde tot uitzonderlijke omstandigheden (epidemie) is er risico

Tekenencefalitis (e) = enkel in geval van risico-activiteiten in de omschreven gebieden www.zecken.de/index.php?id=502

MALARIA : A/B/C = malaria-chemoprophylaxe aanbevolen. Voor de details, raadpleeg de tekst of raadpleeg de website : <http://www.itg.be>

(A)/(B)/(C) = malaria-chemoprophylaxe alleen aanbevolen in bep. omstandigheden binnen het kader van de nat. richtlijnen met specifieke aanwijzingen per land

((A)) = er is zeer miniem malariarisico in sommige gebieden – nooit chemoprophylaxe nodig, antimugmaatregelen volstaan in geval van mogelijk risico.

LAND	G.K.	H. A	Polio	H.B *	BKTYFUS	MNG.	JAP.E.	FSME	MAL.	OPMERKINGEN (over malaria, tenzij anders aangegeven, bvb GK)
Botswana	d	a	p	b	t				(C)	November - mei
Brazilië	c° **	a		b	(t)				C	C : Amazonië ** GK "WHO : recommended for many areas & Foz D'Iguaçu"
Brunei-Darussalam	d	(a)	p	(b)	(t)		(j)			
Bulgarije		a		(b)	(t)			(e) ?		
Burkina Faso	c	a	p	b	t	m			C	
Burundi	c	a	p	b	t	(m)			C	
Cambodja	d	a	p	b	t		j (5-10)		C	
Canada				*						
Cayman eil. (Car.)				*						
Centraal Afr. Rep.	c	a	p	b	t	(m)			C	
Chili + Paaseilanden		a		*	(t)					
China	d	a	p	b	(t)		(j) (5-10)		((A/C))	

Gele Koorts c = vaccinatie verplicht; c° = vaccinatie strikt aanbevolen tot noodzakelijk (het land eist het niet per se, maar gele koorts komt voor of kan voorkomen in dit land)
d = in het land van bestemming zelf is geen gele koorts; vaccinatie is alleen maar verplicht als men vanuit een land afreist met risico voor gelekoortstransmissie.

WHO Kaart: www.who.int/ith → disease distribution maps; Gedetailleerde WHO-richtlijnen: <http://www.who.int/ith/ITH2009Countrylist.pdf>

Hepatitis A a = hoog risico, vaccinatie sterk aanbevolen tot noodzakelijk, wat ook de duur en de omstandigheden van de reis zijn

(a) = matig tot laag risico, de indicatie voor vaccinatie hangt af van de reisduur, accommodatie, frequentie van reizen. NB na volledige vaccinatie = levenslang immuun

Polio p = het virus circuleert nog in het land of in landen in de buurt (p) = het virus circuleert niet meer in dit land, maar is nog aanwezig op dit continent.

WHO-kaart www.who.int/ith → disease distribution maps – een eenmalige rappel bij een volwassene geeft levenslange immuniteit

Hepatitis B : (*) = de vaccinatie-indicatie hangt in de eerste plaats af van risicogedrag, ook – zij het in mindere mate - van reisbestemming, reisduur en reisfrequentie

b = land met hoge prevalentie dragers van het hepatitis B virus; (b) = land met intermediaire prevalentie dragers. Levenslange immuniteit na geslaagde vaccinatie.

Buiktyfus : de vaccinatie-indicatie hangt af van reisduur, accommodatie, frequentie van reizen; t = land met relatief hoog risico; (t) = land met matig tot laag risico

Meningokokkenmeningitis : vaccinatie-indicatie indien in nauw contact met de bevolking of voor een langere reis (minstens 4 weken)

m = land in de Afr. meningitisgordel (www.who.int/ith → disease distribution maps & <http://wwwn.cdc.gov/travel/yellowBookCh4-Menin.aspx>: epidemieën mogelijk van eind dec – eind juni); (m) = in uitzonderlijke omstandigheden kan er een epidemie zijn, te volgen via www.promedmail.org zie ook <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/vol9no10/03-0182-G2.htm>

Japane encefalitis voor langer verblijf (minstens 4 weken), ruraal, (tussen haakjes: de maanden tijdens dewelke er risico is) <http://www.cdc.gov/ncidod/dvbid/jencephalitis/qa.htm> → table

j = land met redelijk risico; (j) = slechts in welbepaalde tot uitzonderlijke omstandigheden (epidemie) is er risico

Tekenencefalitis (e) = enkel in geval van risico-activiteiten in de omschreven gebieden www.zecken.de/index.php?id=502

MALARIA : A/B/C = malaria-chemoprophylaxe aanbevolen. Voor de details, raadpleeg de tekst of raadpleeg de website : <http://www.itg.be>

(A)/(B)/(C) = malaria-chemoprophylaxe alleen aanbevolen in bep. omstandigheden binnen het kader van de nat. richtlijnen met specifieke aanwijzingen per land

((A)) = er is zeer miniem malariarisico in sommige gebieden – nooit chemoprophylaxe nodig, antimugmaatregelen volstaan in geval van mogelijk risico.

LAND	G.K.	H. A	Polio	H.B *	BKTYFUS	MNG.	JAP.E.	FSME	MAL.	OPMERKINGEN (over malaria, tenzij anders aangegeven, bvb GK)
Christmas eiland (Ind. Oc.)	d	a	p	(b)	(t)					
Colombia	c° **	a		(b)	t				(C)	**GK "WHO : recommended for many zones"
Comoren (Ind. Oc.)		a	p	b	t				C	
Cook eilanden (Pac.)		a		(b)	(t)					
Costa Rica	d	a		(b)	(t)				(A)	
Cuba		a		(b)	(t)					
Cyprus		(a)		(b)						
Djibouti	d	a	p	b	t	(m)			C	
Dominica (Car.)	d	a		(b)	(t)					
Dominicaanse rep		a		(b)	(t)				(A)	
Duitsland				*				(e)		
Ecuador (& Galapagos)	c° **	a		(b)	t				(C)	**GK "WHO : recommended for certain areas"
Egypte	d	a	p	(b)	t					

Gele Koorts c = vaccinatie verplicht; c° = vaccinatie strikt aanbevolen tot noodzakelijk (het land eist het niet per se, maar gele koorts komt voor of kan voorkomen in dit land)
d = in het land van bestemming zelf is geen gele koorts; vaccinatie is alleen maar verplicht als men vanuit een land afreist met risico voor gelekoortstransmissie.

WHO Kaart: www.who.int/ith → disease distribution maps; **Gedetailleerde WHO-richtlijnen:** <http://www.who.int/ith/ITH2009Countrylist.pdf>

Hepatitis A a = hoog risico, vaccinatie sterk aanbevolen tot noodzakelijk, wat ook de duur en de omstandigheden van de reis zijn

(a) = matig tot laag risico, de indicatie voor vaccinatie hangt af van de reisduur, accommodatie, frequentie van reizen. NB na volledige vaccinatie = levenslang immuun

Polio p = het virus circuleert nog in het land of in landen in de buurt (p) = het virus circuleert niet meer in dit land, maar is nog aanwezig op dit continent.

WHO-kaart www.who.int/ith → disease distribution maps – een eenmalige rappel bij een volwassene geeft levenslange immuniteit

Hepatitis B : (*) = de vaccinatie-indicatie hangt in de eerste plaats af van risicogedrag, ook – zij het in mindere mate - van reisbestemming, reisduur en reisfrequentie

b = land met hoge prevalentie dragers van het hepatitis B virus; (b) = land met intermediaire prevalentie dragers. Levenslange immuniteit na geslaagde vaccinatie.

Buiktyfus : de vaccinatie-indicatie hangt af van reisduur, accommodatie, frequentie van reizen; t = land met relatief hoog risico; (t) = land met matig tot laag risico

Meningokokkenmeningitis : vaccinatie-indicatie indien in nauw contact met de bevolking of voor een langere reis (minstens 4 weken)

m = land in de Afr. meningitisgordel (www.who.int/ith → disease distribution maps & <http://wwwn.cdc.gov/travel/yellowBookCh4-Menin.aspx>: epidemieën mogelijk van eind dec – eind juni); (m) = in uitzonderlijke omstandigheden kan er een epidemie zijn, te volgen via www.promedmail.org zie ook <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/vol9no10/03-0182-G2.htm>

Japane encefalitis voor langer verblijf (minstens 4 weken), ruraal, (tussen haakjes: de maanden tijdens dewelke er risico is) <http://www.cdc.gov/ncidod/dvbid/jencephalitis/qa.htm> → table

j = land met redelijk risico; (j) = slechts in welbepaalde tot uitzonderlijke omstandigheden (epidemie) is er risico

Tekenencefalitis (e) = enkel in geval van risico-activiteiten in de omschreven gebieden www.zecken.de/index.php?id=502

MALARIA : A/B/C = malaria-chemoprophylaxe aanbevolen. Voor de details, raadpleeg de tekst of raadpleeg de website : <http://www.itg.be>

(A)/(B)/(C) = malaria-chemoprophylaxe alleen aanbevolen in bep. omstandigheden binnen het kader van de nat. richtlijnen met specifieke aanwijzingen per land

((A)) = er is zeer miniem malariarisico in sommige gebieden – nooit chemoprophylaxe nodig, antimugmaatregelen volstaan in geval van mogelijk risico.

LAND	G.K.	H. A	Polio	H.B *	BKTYFUS	MNG.	JAP.E.	FSME	MAL.	OPMERKINGEN (over malaria, tenzij anders aangegeven, bvb GK)
El Salvador	d	a		(b)	t				(A)	
Emiraten (ver. Arab.)		(a)	p	(b)	(t)					
Eritrea	d	a	p	b	t	(m)			C	
Estland (Baltische Rep.)		(a)		*				(e)		
Ethiopië	c° **	a	p	b	t	m			C	**GK "WHO : recommended"
Falkland-eilanden		a		(b)	(t)					
Fiji eilanden	d	a		(b)	(t)					
Filipijnen	d	a	p	b	(t)		(j)		(C)	Zie tekst
Finland				*						
Gabon	c	a	p	b	t				C	
Gambia	c° **	a	p	b	t	m			C	*GK "WHO : recommended"
Georgië (ex-USSR)		a		(b)	(t)				((A))	Juni tot oktober
Ghana	c	a	p	b	t	(m)			C	

Gele Koorts c = vaccinatie verplicht; c° = vaccinatie strikt aanbevolen tot noodzakelijk (het land eist het niet per se, maar gele koorts komt voor of kan voorkomen in dit land)

d = in het land van bestemming zelf is geen gele koorts; vaccinatie is alleen maar verplicht als men vanuit een land afreist met risico voor gelekoortstransmissie.

WHO Kaart: www.who.int/ith → disease distribution maps; Gedetailleerde WHO-richtlijnen: <http://www.who.int/ith/ITH2009Countrylist.pdf>

Hepatitis A a = hoog risico, vaccinatie sterk aanbevolen tot noodzakelijk, wat ook de duur en de omstandigheden van de reis zijn

(a) = matig tot laag risico, de indicatie voor vaccinatie hangt af van de reisduur, accommodatie, frequentie van reizen. NB na volledige vaccinatie = levenslang immuun

Polio p = het virus circuleert nog in het land of in landen in de buurt (p) = het virus circuleert niet meer in dit land, maar is nog aanwezig op dit continent.

WHO-kaart www.who.int/ith → disease distribution maps – een eenmalige rappel bij een volwassene geeft levenslange immuniteit

Hepatitis B : (*) = de vaccinatie-indicatie hangt in de eerste plaats af van risicogedrag, ook – zij het in mindere mate - van reisbestemming, reisduur en reisfrequentie

b = land met hoge prevalentie dragers van het hepatitis B virus; (b) = land met intermediaire prevalentie dragers. Levenslange immuniteit na geslaagde vaccinatie.

Buiktyfus : de vaccinatie-indicatie hangt af van reisduur, accommodatie, frequentie van reizen; t = land met relatief hoog risico; (t) = land met matig tot laag risico

Meningokokkenmeningitis : vaccinatie-indicatie indien in nauw contact met de bevolking of voor een langere reis (minstens 4 weken)

m = land in de Afr. meningitisgordel (www.who.int/ith → disease distribution maps & <http://wwwn.cdc.gov/travel/yellowBookCh4-Menin.aspx>: epidemieën mogelijk van eind dec – eind juni); (m) = in uitzonderlijke omstandigheden kan er een epidemie zijn, te volgen via www.promedmail.org zie ook <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/vol9no10/03-0182-G2.htm>

Japane encefalitis voor langer verblijf (minstens 4 weken), ruraal, (tussen haakjes: de maanden tijdens dewelke er risico is) <http://www.cdc.gov/ncidod/dvbid/jencephalitis/qa.htm> → table

j = land met redelijk risico; (j) = slechts in welbepaalde tot uitzonderlijke omstandigheden (epidemie) is er risico

Tekenencefalitis (e) = enkel in geval van risico-activiteiten in de omschreven gebieden www.zecken.de/index.php?id=502

MALARIA : A/B/C = malaria-chemoprophylaxe aanbevolen. Voor de details, raadpleeg de tekst of raadpleeg de website : <http://www.itg.be>

(A)/(B)/(C) = malaria-chemoprophylaxe alleen aanbevolen in bep. omstandigheden binnen het kader van de nat. richtlijnen met specifieke aanwijzingen per land

((A)) = er is zeer miniem malariarisico in sommige gebieden – nooit chemoprophylaxe nodig, antimugmaatregelen volstaan in geval van mogelijk risico.

LAND	G.K.	H. A	Polio	H.B *	BKTYFUS	MNG.	JAP.E.	FSME	MAL.	OPMERKINGEN (over malaria, tenzij anders aangegeven, bvb GK)
Grenada (Car.)	d	a		(b)	(t)					
Griekenland		(a)		*						
Groenland		(a)		b						
Guadeloupe (Car.)	d	a		(b)	(t)					
Guam (Pac.)		a		(b)	(t)					
Guatemala	d	a		(b)	(t)				(A)	
Guinea (Conakry)	c° **	a	p	b	t	m			C	**GK "WHO : recommended"
Guinea Equatoriale	c° **	a	p	b	t				C	**GK "WHO : recommended"
Guinea Bissau	c° **	a	p	b	t	m			C	**GK "WHO : recommended"
Guyana (British Guyana)	c° **	a		(b)	(t)				C	**GK "WHO : recommended"
Guyane Française	c	a		(b)	(t)				(C)	
Haïti	d	a		(b)	t				(A)	
Honduras	d	a		(b)	(t)				(A)	

Gele Koorts c = vaccinatie verplicht; c° = vaccinatie strikt aanbevolen tot noodzakelijk (het land eist het niet per se, maar gele koorts komt voor of kan voorkomen in dit land)
d = in het land van bestemming zelf is geen gele koorts; vaccinatie is alleen maar verplicht als men vanuit een land afreist met risico voor gelekoortstransmissie.

WHO Kaart: www.who.int/ith → disease distribution maps; **Gedetailleerde WHO-richtlijnen:** <http://www.who.int/ith/ITH2009Countrylist.pdf>

Hepatitis A a = hoog risico, vaccinatie sterk aanbevolen tot noodzakelijk, wat ook de duur en de omstandigheden van de reis zijn

(a) = matig tot laag risico, de indicatie voor vaccinatie hangt af van de reisduur, accommodatie, frequentie van reizen. NB na volledige vaccinatie = levenslang immuun

Polio p = het virus circuleert nog in het land of in landen in de buurt (p) = het virus circuleert niet meer in dit land, maar is nog aanwezig op dit continent.

WHO-kaart www.who.int/ith → disease distribution maps – een eenmalige rappel bij een volwassene geeft levenslange immuniteit

Hepatitis B : (*) = de vaccinatie-indicatie hangt in de eerste plaats af van risicogedrag, ook – zij het in mindere mate - van reisbestemming, reisduur en reisfrequentie

b = land met hoge prevalentie dragers van het hepatitis B virus; (b) = land met intermediaire prevalentie dragers. Levenslange immuniteit na geslaagde vaccinatie.

Buiktyfus : de vaccinatie-indicatie hangt af van reisduur, accommodatie, frequentie van reizen; t = land met relatief hoog risico; (t) = land met matig tot laag risico

Meningokokkenmeningitis : vaccinatie-indicatie indien in nauw contact met de bevolking of voor een langere reis (minstens 4 weken)

m = land in de Afr. meningitisgordel (www.who.int/ith → disease distribution maps & <http://wwwn.cdc.gov/travel/yellowBookCh4-Menin.aspx>: epidemieën mogelijk van eind dec – eind juni); (m) = in uitzonderlijke omstandigheden kan er een epidemie zijn, te volgen via www.promedmail.org zie ook <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/vol9no10/03-0182-G2.htm>

Japane encefalitis voor langer verblijf (minstens 4 weken), ruraal, (tussen haakjes: de maanden tijdens dewelke er risico is) <http://www.cdc.gov/ncidod/dvbid/jencephalitis/qa.htm> → table

j = land met redelijk risico; (j) = slechts in welbepaalde tot uitzonderlijke omstandigheden (epidemie) is er risico

Tekenencefalitis (e) = enkel in geval van risico-activiteiten in de omschreven gebieden www.zecken.de/index.php?id=502

MALARIA : A/B/C = malaria-chemoprophylaxe aanbevolen. Voor de details, raadpleeg de tekst of raadpleeg de website : <http://www.itg.be>

(A)/(B)/(C) = malaria-chemoprophylaxe alleen aanbevolen in bep. omstandigheden binnen het kader van de nat. richtlijnen met specifieke aanwijzingen per land

((A)) = er is zeer miniem malariarisico in sommige gebieden – nooit chemoprophylaxe nodig, antimugmaatregelen volstaan in geval van mogelijk risico.

LAND	G.K.	H. A	Polio	H.B *	BKTYFUS	MNG.	JAP.E.	FSME	MAL.	OPMERKINGEN (over malaria, tenzij anders aangegeven, bvb GK)
Hongarije		(a)		*				(e)		
Hongkong (China, SAR)		(a)	p	(b)						
India	d	a	p	(b)	t		(j)		(C)	Zie tekst
Indonesië	d	a	p	b	t		(j)		(C)	Zie tekst
Irak	d	a	p	(b)	t				(A)	
Iran	d	a	p	(b)	t				(A/C)	
Israël		(a)		(b)	(t)					
Italië		(a)		*						
Ivoorkust	c	a	p	b	t	(m)			C	
Jamaica (Car.)	d	a		(b)	(t)					
Japan				*						
Jemen	d	a	p	(b)	t				C	

Gele Koorts c = vaccinatie verplicht; c° = vaccinatie strikt aanbevolen tot noodzakelijk (het land eist het niet per se, maar gele koorts komt voor of kan voorkomen in dit land)

d = in het land van bestemming zelf is geen gele koorts; vaccinatie is alleen maar verplicht als men vanuit een land afreist met risico voor gelekoortstransmissie.

WHO Kaart: www.who.int/ith → disease distribution maps; Gedetailleerde WHO-richtlijnen: <http://www.who.int/ith/ITH2009Countrylist.pdf>

Hepatitis A a = hoog risico, vaccinatie sterk aanbevolen tot noodzakelijk, wat ook de duur en de omstandigheden van de reis zijn

(a) = matig tot laag risico, de indicatie voor vaccinatie hangt af van de reisduur, accommodatie, frequentie van reizen. NB na volledige vaccinatie = levenslang immuun

Polio p = het virus circuleert nog in het land of in landen in de buurt (p) = het virus circuleert niet meer in dit land, maar is nog aanwezig op dit continent.

WHO-kaart www.who.int/ith → disease distribution maps – een eenmalige rappel bij een volwassene geeft levenslange immuniteit

Hepatitis B : (*) = de vaccinatie-indicatie hangt in de eerste plaats af van risicogedrag, ook – zij het in mindere mate - van reisbestemming, reisduur en reisfrequentie

b = land met hoge prevalentie dragers van het hepatitis B virus; (b) = land met intermediaire prevalentie dragers. Levenslange immuniteit na geslaagde vaccinatie.

Buiktyfus : de vaccinatie-indicatie hangt af van reisduur, accommodatie, frequentie van reizen; t = land met relatief hoog risico; (t) = land met matig tot laag risico

Meningokokkenmeningitis : vaccinatie-indicatie indien in nauw contact met de bevolking of voor een langere reis (minstens 4 weken)

m = land in de Afr. meningitisgordel (www.who.int/ith → disease distribution maps & <http://wwwn.cdc.gov/travel/yellowBookCh4-Menin.aspx>: epidemieën mogelijk van eind dec – eind juni); (m) = in uitzonderlijke omstandigheden kan er een epidemie zijn, te volgen via www.promedmail.org zie ook <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/vol9no10/03-0182-G2.htm>

Japanse encefalitis voor langer verblijf (minstens 4 weken), ruraal, (tussen haakjes: de maanden tijdens dewelke er risico is) <http://www.cdc.gov/ncidod/dvbid/jencephalitis/qa.htm> → table

j = land met redelijk risico; (j) = slechts in welbepaalde tot uitzonderlijke omstandigheden (epidemie) is er risico

Tekenencefalitis (e) = enkel in geval van risico-activiteiten in de omschreven gebieden www.zecken.de/index.php?id=502

MALARIA : A/B/C = malaria-chemoprophylaxe aanbevolen. Voor de details, raadpleeg de tekst of raadpleeg de website : <http://www.itg.be>

(A)/(B)/(C) = malaria-chemoprophylaxe alleen aanbevolen in bep. omstandigheden binnen het kader van de nat. richtlijnen met specifieke aanwijzingen per land

((A)) = er is zeer miniem malariarisico in sommige gebieden – nooit chemoprophylaxe nodig, antimugmaatregelen volstaan in geval van mogelijk risico.

LAND	G.K.	H. A	Polio	H.B *	BKTYFUS	MNG.	JAP.E.	FSME	MAL.	OPMERKINGEN (over malaria, tenzij anders aangegeven, bvb GK)
Jordanië	d	a		(b)	(t)					
Kaapverdise eil. (Atl.Oc.)	d	a	p	b	t				((A))	
Kameroen	c	a	p	b	t	(m)			C	
Kanarische eilanden = Spanje										
Kazachstan (ex-URSS)	d	a		b	t					
Kenya	c° **	a	p	b	t	(m)			C	**GK "WHO : recommended"
Kirgizstan (ex-URSS)		a		b	t				((A))	
Kiribati	d	a		(b)	(t)					
Koeweit		(a)	p	(b)	(t)					
Kongo (Brazzaville)	c	a	p	b	t	(m)			C	
Kongo (Democr. rep.)	c	a	p	b	t	(m)			C	
Korea (N)	d	a	p	b	t		(j) (8-10)		((A))	
Korea (Z)		(a)	p	b			(j) (8-10)		((A))	

Gele Koorts c = vaccinatie verplicht; c° = vaccinatie strikt aanbevolen tot noodzakelijk (het land eist het niet per se, maar gele koorts komt voor of kan voorkomen in dit land)
d = in het land van bestemming zelf is geen gele koorts; vaccinatie is alleen maar verplicht als men vanuit een land afreist met risico voor gelekoortstransmissie.

WHO Kaart: www.who.int/ith → disease distribution maps; **Gedetailleerde WHO-richtlijnen:** <http://www.who.int/ith/ITH2009Countrylist.pdf>

Hepatitis A a = hoog risico, vaccinatie sterk aanbevolen tot noodzakelijk, wat ook de duur en de omstandigheden van de reis zijn

(a) = matig tot laag risico, de indicatie voor vaccinatie hangt af van de reisduur, accommodatie, frequentie van reizen. NB na volledige vaccinatie = levenslang immuun

Polio p = het virus circuleert nog in het land of in landen in de buurt (p) = het virus circuleert niet meer in dit land, maar is nog aanwezig op dit continent.

WHO-kaart www.who.int/ith → disease distribution maps – een eenmalige rappel bij een volwassene geeft levenslange immuniteit

Hepatitis B : (*) = de vaccinatie-indicatie hangt in de eerste plaats af van risicogedrag, ook – zij het in mindere mate - van reisbestemming, reisduur en reisfrequentie

b = land met hoge prevalentie dragers van het hepatitis B virus; (b) = land met intermediaire prevalentie dragers. Levenslange immuniteit na geslaagde vaccinatie.

Buiktyfus : de vaccinatie-indicatie hangt af van reisduur, accommodatie, frequentie van reizen; t = land met relatief hoog risico; (t) = land met matig tot laag risico

Meningokokkenmeningitis : vaccinatie-indicatie indien in nauw contact met de bevolking of voor een langere reis (minstens 4 weken)

m = land in de Afr. meningitisgordel (www.who.int/ith → disease distribution maps & <http://wwwn.cdc.gov/travel/yellowBookCh4-Menin.aspx>: epidemieën mogelijk van eind dec – eind juni); (m) = in uitzonderlijke omstandigheden kan er een epidemie zijn, te volgen via www.promedmail.org zie ook <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/vol9no10/03-0182-G2.htm>

Japane encefalitis voor langer verblijf (minstens 4 weken), ruraal, (tussen haakjes: de maanden tijdens dewelke er risico is) <http://www.cdc.gov/ncidod/dvbid/jencephalitis/qa.htm> → table

j = land met redelijk risico; (j) = slechts in welbepaalde tot uitzonderlijke omstandigheden (epidemie) is er risico

Tekenencefalitis (e) = enkel in geval van risico-activiteiten in de omschreven gebieden www.zecken.de/index.php?id=502

MALARIA : A/B/C = malaria-chemoprophylaxe aanbevolen. Voor de details, raadpleeg de tekst of raadpleeg de website : <http://www.itg.be>

(A)/(B)/(C) = malaria-chemoprophylaxe alleen aanbevolen in bep. omstandigheden binnen het kader van de nat. richtlijnen met specifieke aanwijzingen per land

((A)) = er is zeer miniem malariarisico in sommige gebieden – nooit chemoprophylaxe nodig, antimugmaatregelen volstaan in geval van mogelijk risico.

LAND	G.K.	H. A	Polio	H.B *	BKTYFUS	MNG.	JAP.E.	FSME	MAL.	OPMERKINGEN (over malaria, tenzij anders aangegeven, bvb GK)
Kroatië (ex-Yougoslavië)		(a)		*	(t)			(e)		
Laos	d	a	p	b	t		j (5-10)		C	behalve Vientiane
Letland (Baltische rep.)		(a)		*				(e)		
Lesotho	d	a	p	b	t					
Libanon	d	a	p	(b)	(t)					
Liberia	c	a	p	b	t	(m)			C	
Libië	d	a	p	(b)	t					
Litouwen (Baltische rep.)		(a)		(b)				(e)		
Maagdeneilanden (Brits/US /Car)		a		(b)	(t)					
Macau (China, SAR)		(a)	p	(b)						
Macedonie (ex-Yougoslavië)		(a)		(b)						
Madagascar	d	a	p	b	t				C	

Gele Koorts c = vaccinatie verplicht; c° = vaccinatie strikt aanbevolen tot noodzakelijk (het land eist het niet per se, maar gele koorts komt voor of kan voorkomen in dit land)
d = in het land van bestemming zelf is geen gele koorts; vaccinatie is alleen maar verplicht als men vanuit een land afreist met risico voor gelekoortstransmissie.

WHO Kaart: www.who.int/ith → disease distribution maps; **Gedetailleerde WHO-richtlijnen:** <http://www.who.int/ith/ITH2009Countrylist.pdf>

Hepatitis A a = hoog risico, vaccinatie sterk aanbevolen tot noodzakelijk, wat ook de duur en de omstandigheden van de reis zijn

(a) = matig tot laag risico, de indicatie voor vaccinatie hangt af van de reisduur, accommodatie, frequentie van reizen. NB na volledige vaccinatie = levenslang immuun

Polio p = het virus circuleert nog in het land of in landen in de buurt (p) = het virus circuleert niet meer in dit land, maar is nog aanwezig op dit continent.

WHO-kaart www.who.int/ith → disease distribution maps – een eenmalige rappel bij een volwassene geeft levenslange immuniteit

Hepatitis B : (*) = de vaccinatie-indicatie hangt in de eerste plaats af van risicogedrag, ook – zij het in mindere mate - van reisbestemming, reisduur en reisfrequentie

b = land met hoge prevalentie dragers van het hepatitis B virus; (b) = land met intermediaire prevalentie dragers. Levenslange immuniteit na geslaagde vaccinatie.

Buiktyfus : de vaccinatie-indicatie hangt af van reisduur, accommodatie, frequentie van reizen; t = land met relatief hoog risico; (t) = land met matig tot laag risico

Meningokokkenmeningitis : vaccinatie-indicatie indien in nauw contact met de bevolking of voor een langere reis (minstens 4 weken)

m = land in de Afr. meningitisgordel (www.who.int/ith → disease distribution maps & <http://wwwn.cdc.gov/travel/yellowBookCh4-Menin.aspx>: epidemieën mogelijk van eind dec – eind juni); (m) = in uitzonderlijke omstandigheden kan er een epidemie zijn, te volgen via www.promedmail.org zie ook <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/vol9no10/03-0182-G2.htm>

Japane encefalitis voor langer verblijf (minstens 4 weken), ruraal, (tussen haakjes: de maanden tijdens dewelke er risico is) <http://www.cdc.gov/ncidod/dvbid/jencephalitis/qa.htm> → table

j = land met redelijk risico; (j) = slechts in welbepaalde tot uitzonderlijke omstandigheden (epidemie) is er risico

Tekenencefalitis (e) = enkel in geval van risico-activiteiten in de omschreven gebieden www.zecken.de/index.php?id=502

MALARIA : A/B/C = malaria-chemoprophylaxe aanbevolen. Voor de details, raadpleeg de tekst of raadpleeg de website : <http://www.itg.be>

(A)/(B)/(C) = malaria-chemoprophylaxe alleen aanbevolen in bep. omstandigheden binnen het kader van de nat. richtlijnen met specifieke aanwijzingen per land

((A)) = er is zeer miniem malariarisico in sommige gebieden – nooit chemoprophylaxe nodig, antimugmaatregelen volstaan in geval van mogelijk risico.

LAND	G.K.	H. A	Polio	H.B *	BKTYFUS	MNG.	JAP.E.	FSME	MAL.	OPMERKINGEN (over malaria, tenzij anders aangegeven, bvb GK)
Madeira en Azoren (Atl.Oc/Port)	d	(a)		(b)						
Malawi	d	a	p	b	t				C	
Maldiven	d	a	p	(b)	(t)					
Maleisië	d	a	p	b	(t)		(j)		(C)	
Mali	c	a	p	b	t	m			C	
Malta	d	(a)		*						
Marianen eil. (Northern / Pac.)		a		(b)	(t)					
Marokko		a	p	(b)	(t)				((A))	
Marshall eil. (Pac.)		a		(b)	(t)					
Martinique (Car.)	d	(a)		(b)	(t)					
Mauritanië	c/c°	a	p	b	t	(m)			(C)	Zie tekst / ** GK : c = zo in het zuiden of zo langer dan 2 weken verblijf

Gele Koorts c = vaccinatie verplicht; c° = vaccinatie strikt aanbevolen tot noodzakelijk (het land eist het niet per se, maar gele koorts komt voor of kan voorkomen in dit land)

d = in het land van bestemming zelf is geen gele koorts; vaccinatie is alleen maar verplicht als men vanuit een land afreist met risico voor gelekoortstransmissie.

WHO Kaart: www.who.int/ith → disease distribution maps; **Gedetailleerde WHO-richtlijnen:** <http://www.who.int/ith/ITH2009Countrylist.pdf>

Hepatitis A a = hoog risico, vaccinatie sterk aanbevolen tot noodzakelijk, wat ook de duur en de omstandigheden van de reis zijn

(a) = matig tot laag risico, de indicatie voor vaccinatie hangt af van de reisduur, accommodatie, frequentie van reizen. NB na volledige vaccinatie = levenslang immuun

Polio p = het virus circuleert nog in het land of in landen in de buurt (p) = het virus circuleert niet meer in dit land, maar is nog aanwezig op dit continent.

WHO-kaart www.who.int/ith → disease distribution maps – een eenmalige rappel bij een volwassene geeft levenslange immuniteit

Hepatitis B : (*) = de vaccinatie-indicatie hangt in de eerste plaats af van risicogedrag, ook – zij het in mindere mate - van reisbestemming, reisduur en reisfrequentie

b = land met hoge prevalentie dragers van het hepatitis B virus; (b) = land met intermediaire prevalentie dragers. Levenslange immuniteit na geslaagde vaccinatie.

Buiktyfus : de vaccinatie-indicatie hangt af van reisduur, accommodatie, frequentie van reizen; t = land met relatief hoog risico; (t) = land met matig tot laag risico

Meningokokkenmeningitis : vaccinatie-indicatie indien in nauw contact met de bevolking of voor een langere reis (minstens 4 weken)

m = land in de Afr. meningitisgordel (www.who.int/ith → disease distribution maps & <http://wwwn.cdc.gov/travel/yellowBookCh4-Menin.aspx>: epidemieën mogelijk van eind dec – eind juni); (m) = in uitzonderlijke omstandigheden kan er een epidemie zijn, te volgen via www.promedmail.org zie ook <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/vol9no10/03-0182-G2.htm>

Japane encefalitis voor langer verblijf (minstens 4 weken), ruraal, (tussen haakjes: de maanden tijdens dewelke er risico is) <http://www.cdc.gov/ncidod/dvbid/jencephalitis/qa.htm> → table

j = land met redelijk risico; (j) = slechts in welbepaalde tot uitzonderlijke omstandigheden (epidemie) is er risico

Tekenencefalitis (e) = enkel in geval van risico-activiteiten in de omschreven gebieden www.zecken.de/index.php?id=502

MALARIA : A/B/C = malaria-chemoprophylaxe aanbevolen. Voor de details, raadpleeg de tekst of raadpleeg de website : <http://www.itg.be>

(A)/(B)/(C) = malaria-chemoprophylaxe alleen aanbevolen in bep. omstandigheden binnen het kader van de nat. richtlijnen met specifieke aanwijzingen per land

((A)) = er is zeer miniem malariarisico in sommige gebieden – nooit chemoprophylaxe nodig, antimugmaatregelen volstaan in geval van mogelijk risico.

LAND	G.K.	H. A	Polio	H.B *	BKTYFUS	MNG.	JAP.E.	FSME	MAL.	OPMERKINGEN (over malaria, tenzij anders aangegeven, bvb GK)
	**									
Mauritius	d	(a)	p	(b)	(t)					
Mayotte (Fr. Comoren) (Ind.Oc.)		a	p	b	t				C	
Mexico		a		(b)	(t)				(A)	
Micronesië (Fed. Staat)		a		(b)	(t)					
Moldavië (ex-USSR)		a		b	(t)			(e)		
Mongolië		a	p	b	t	(m)				
Montserrat (Car.)	d	(a)		(b)	(t)					
Mozambique	d	a	p	b	t	(m)			C	
Myanmar (Birma)	d	a	p	b	t				(C)	Zie tekst
Namibia	d	a	p	b	t				(C)	november – mei Zie tekst
Nauru (Pac.)	d	a		(b)	(t)					

Gele Koorts c = vaccinatie verplicht; c° = vaccinatie strikt aanbevolen tot noodzakelijk (het land eist het niet per se, maar gele koorts komt voor of kan voorkomen in dit land)

d = in het land van bestemming zelf is geen gele koorts; vaccinatie is alleen maar verplicht als men vanuit een land afreist met risico voor gelekoortstransmissie.

WHO Kaart: www.who.int/ith → disease distribution maps; **Gedetailleerde WHO-richtlijnen:** <http://www.who.int/ith/ITH2009Countrylist.pdf>

Hepatitis A a = hoog risico, vaccinatie sterk aanbevolen tot noodzakelijk, wat ook de duur en de omstandigheden van de reis zijn

(a) = matig tot laag risico, de indicatie voor vaccinatie hangt af van de reisduur, accommodatie, frequentie van reizen. NB na volledige vaccinatie = levenslang immuun

Polio p = het virus circuleert nog in het land of in landen in de buurt (p) = het virus circuleert niet meer in dit land, maar is nog aanwezig op dit continent.

WHO-kaart www.who.int/ith → disease distribution maps – een eenmalige rappel bij een volwassene geeft levenslange immuniteit

Hepatitis B : (*) = de vaccinatie-indicatie hangt in de eerste plaats af van risicogedrag, ook – zij het in mindere mate - van reisbestemming, reisduur en reisfrequentie

b = land met hoge prevalentie dragers van het hepatitis B virus; (b) = land met intermediaire prevalentie dragers. Levenslange immuniteit na geslaagde vaccinatie.

Buiktyfus : de vaccinatie-indicatie hangt af van reisduur, accommodatie, frequentie van reizen; t = land met relatief hoog risico; (t) = land met matig tot laag risico

Meningokokkenmeningitis : vaccinatie-indicatie indien in nauw contact met de bevolking of voor een langere reis (minstens 4 weken)

m = land in de Afr. meningitisgordel (www.who.int/ith → disease distribution maps & <http://www.cdc.gov/travel/yellowBookCh4-Menin.aspx>: epidemieën mogelijk van eind dec – eind juni); (m) = in uitzonderlijke omstandigheden kan er een epidemie zijn, te volgen via www.promedmail.org zie ook <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/vol9no10/03-0182-G2.htm>

Japane encefalitis voor langer verblijf (minstens 4 weken), ruraal, (tussen haakjes: de maanden tijdens dewelke er risico is) <http://www.cdc.gov/ncidod/dvbid/jencephalitis/qa.htm> → table

j = land met redelijk risico; (j) = slechts in welbepaalde tot uitzonderlijke omstandigheden (epidemie) is er risico

Tekenencefalitis (e) = enkel in geval van risico-activiteiten in de omschreven gebieden www.zecken.de/index.php?id=502

MALARIA : A/B/C = malaria-chemoprophylaxe aanbevolen. Voor de details, raadpleeg de tekst of raadpleeg de website : <http://www.itg.be>

(A)/(B)/(C) = malaria-chemoprophylaxe alleen aanbevolen in bep. omstandigheden binnen het kader van de nat. richtlijnen met specifieke aanwijzingen per land

((A)) = er is zeer miniem malariarisico in sommige gebieden – nooit chemoprophylaxe nodig, antimugmaatregelen volstaan in geval van mogelijk risico.

LAND	G.K.	H. A	Polio	H.B *	BKTYFUS	MNG.	JAP.E.	FSME	MAL.	OPMERKINGEN (over malaria, tenzij anders aangegeven, bvb GK)
Nederlandse Antillen (Car.)	d	(a)		(b)						
Nepal	d	a	p	(b)	t		((j))		(C)	
Nicaragua	d	a		(b)	t				(A)	
Nieuw-Caledonië (Pac.)	d	a		(b)	(t)					
Nieuw-Zeeland (Pac.)				*						
Niger	c	a	p	b	t	m			C	
Nigeria	c° **	a	p	b	t	m			C	**GK "WHO : recommended"
Niue (Pac.)	d	a		(b)	(t)					
Oeganda	c° **	a	p	b	t	(m)			C	**GK "WHO : recommended"
Oekraïne		a		*	(t)			(e)		
Oezbekistan (ex USSR)		a		b	t				((A))	
Oostenrijk				*				(e)		
Oost-Timor : zie Timor Leste										

Gele Koorts c = vaccinatie verplicht; c° = vaccinatie strikt aanbevolen tot noodzakelijk (het land eist het niet per se, maar gele koorts komt voor of kan voorkomen in dit land)
d = in het land van bestemming zelf is geen gele koorts; vaccinatie is alleen maar verplicht als men vanuit een land afreist met risico voor gelekoortstransmissie.

WHO Kaart: www.who.int/ith → disease distribution maps; **Gedetailleerde WHO-richtlijnen:** <http://www.who.int/ith/ITH2009Countrylist.pdf>

Hepatitis A a = hoog risico, vaccinatie sterk aanbevolen tot noodzakelijk, wat ook de duur en de omstandigheden van de reis zijn

(a) = matig tot laag risico, de indicatie voor vaccinatie hangt af van de reisduur, accommodatie, frequentie van reizen. NB na volledige vaccinatie = levenslang immuun

Polio p = het virus circuleert nog in het land of in landen in de buurt (p) = het virus circuleert niet meer in dit land, maar is nog aanwezig op dit continent.

WHO-kaart www.who.int/ith → disease distribution maps – een eenmalige rappel bij een volwassene geeft levenslange immuniteit

Hepatitis B : (*) = de vaccinatie-indicatie hangt in de eerste plaats af van risicogedrag, ook – zij het in mindere mate - van reisbestemming, reisduur en reisfrequentie

b = land met hoge prevalentie dragers van het hepatitis B virus; (b) = land met intermediaire prevalentie dragers. Levenslange immuniteit na geslaagde vaccinatie.

Buiktyfus : de vaccinatie-indicatie hangt af van reisduur, accommodatie, frequentie van reizen; t = land met relatief hoog risico; (t) = land met matig tot laag risico

Meningokokkenmeningitis : vaccinatie-indicatie indien in nauw contact met de bevolking of voor een langere reis (minstens 4 weken)

m = land in de Afr. meningitisgordel (www.who.int/ith) → disease distribution maps & <http://wwwn.cdc.gov/travel/yellowBookCh4-Menin.aspx>: epidemieën mogelijk van eind dec – eind juni); (m) = in uitzonderlijke omstandigheden kan er een epidemie zijn, te volgen via www.promedmail.org zie ook <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/vol9no10/03-0182-G2.htm>

Japanse encefalitis voor langer verblijf (minstens 4 weken), ruraal, (tussen haakjes: de maanden tijdens dewelke er risico is) <http://www.cdc.gov/ncidod/dvbid/jencephalitis/qa.htm> → table

j = land met redelijk risico; (j) = slechts in welbepaalde tot uitzonderlijke omstandigheden (epidemie) is er risico

Tekenencefalitis (e) = enkel in geval van risico-activiteiten in de omschreven gebieden www.zecken.de/index.php?id=502

MALARIA : A/B/C = malaria-chemoprophylaxe aanbevolen. Voor de details, raadpleeg de tekst of raadpleeg de website : <http://www.itg.be>

(A)/(B)/(C) = malaria-chemoprophylaxe alleen aanbevolen in bep. omstandigheden binnen het kader van de nat. richtlijnen met specifieke aanwijzingen per land

((A)) = er is zeer miniem malariarisico in sommige gebieden – nooit chemoprophylaxe nodig, antimugmaatregelen volstaan in geval van mogelijk risico.

LAND	G.K.	H. A	Polio	H.B *	BKTYFUS	MNG.	JAP.E.	FSME	MAL.	OPMERKINGEN (over malaria, tenzij anders aangegeven, bvb GK)
Oman	d	(a)	p	(b)	(t)					
Pakistan	d	a	p	(b)	t		(j) (6-1)		(C)	ook in Karachi
Palau (Pac.)	d	a		(b)	(t)					
Panama	c° **	a		(b)	(t)				(A)/(C)	**GK "WHO : recommended for certain areas"
Papoea Nieuw-Guinea	d	a	p	b	t		(j)		C	
Paraguay	c°	a		(b)	(t)				(A)	
Peru	c° **	a		b	t				(A)/C	**GK "WHO : recommended for certain areas"
Pitcairn (Pac.)	d	a		(b)	(t)					
Polen		(a)		*				(e)		
Polynesië (Frans) (Pac.)		a		(b)	(t)					
Portugal		(a)		*						
Puerto Rico (Car.)		a		(b)	(t)					

Gele Koorts c = vaccinatie verplicht; c° = vaccinatie strikt aanbevolen tot noodzakelijk (het land eist het niet per se, maar gele koorts komt voor of kan voorkomen in dit land)
d = in het land van bestemming zelf is geen gele koorts; vaccinatie is alleen maar verplicht als men vanuit een land afreist met risico voor gelekoortstransmissie.

WHO Kaart: www.who.int/ith → disease distribution maps; **Gedetailleerde WHO-richtlijnen:** <http://www.who.int/ith/ITH2009Countrylist.pdf>

Hepatitis A a = hoog risico, vaccinatie sterk aanbevolen tot noodzakelijk, wat ook de duur en de omstandigheden van de reis zijn

(a) = matig tot laag risico, de indicatie voor vaccinatie hangt af van de reisduur, accommodatie, frequentie van reizen. NB na volledige vaccinatie = levenslang immuun

Polio p = het virus circuleert nog in het land of in landen in de buurt (p) = het virus circuleert niet meer in dit land, maar is nog aanwezig op dit continent.

WHO-kaart www.who.int/ith → disease distribution maps – een eenmalige rappel bij een volwassene geeft levenslange immuniteit

Hepatitis B : (*) = de vaccinatie-indicatie hangt in de eerste plaats af van risicogedrag, ook – zij het in mindere mate - van reisbestemming, reisduur en reisfrequentie

b = land met hoge prevalentie dragers van het hepatitis B virus; (b) = land met intermediaire prevalentie dragers. Levenslange immuniteit na geslaagde vaccinatie.

Buiktyfus : de vaccinatie-indicatie hangt af van reisduur, accommodatie, frequentie van reizen; t = land met relatief hoog risico; (t) = land met matig tot laag risico

Meningokokkenmeningitis : vaccinatie-indicatie indien in nauw contact met de bevolking of voor een langere reis (minstens 4 weken)

m = land in de Afr. meningitisgordel (www.who.int/ith → disease distribution maps & <http://wwwn.cdc.gov/travel/yellowBookCh4-Menin.aspx>: epidemieën mogelijk van eind dec – eind juni); (m) = in uitzonderlijke omstandigheden kan er een epidemie zijn, te volgen via www.promedmail.org zie ook <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/vol9no10/03-0182-G2.htm>

Japane encefalitis voor langer verblijf (minstens 4 weken), ruraal, (tussen haakjes: de maanden tijdens dewelke er risico is) <http://www.cdc.gov/ncidod/dvbid/jencephalitis/qa.htm> → table

j = land met redelijk risico; (j) = slechts in welbepaalde tot uitzonderlijke omstandigheden (epidemie) is er risico

Tekenencefalitis (e) = enkel in geval van risico-activiteiten in de omschreven gebieden www.zecken.de/index.php?id=502

MALARIA : A/B/C = malaria-chemoprophylaxe aanbevolen. Voor de details, raadpleeg de tekst of raadpleeg de website : <http://www.itg.be>

(A)/(B)/(C) = malaria-chemoprophylaxe alleen aanbevolen in bep. omstandigheden binnen het kader van de nat. richtlijnen met specifieke aanwijzingen per land

((A)) = er is zeer miniem malariarisico in sommige gebieden – nooit chemoprophylaxe nodig, antimugmaatregelen volstaan in geval van mogelijk risico.

LAND	G.K.	H. A	Polio	H.B *	BKTYFUS	MNG.	JAP.E.	FSME	MAL.	OPMERKINGEN (over malaria, tenzij anders aangegeven, bvb GK)
Qatar		(a)	p	(b)	(t)					
Reunion eiland (Ind. Oc.)	d	(a)	p	(b)	(t)					
Roemenië		a		(b)	(t)			(e) ?		
Russische feD. (ex-USSR)	d	a		(b)	(t)			(e)		
Rwanda	c	a	p	b	t	(m)			C	
Salomon eilanden (Pac.)	d	a		b	t				C	
Samoa (Amerikaans / Pac.)	d	a		b	(t)					
Sao Tome & Principe (Atl. Oc.)	c	a	p	b	t				C	
Saoedi-Arabië	d	a	p	(b)	(t)	m***			(C)	*** bedevaarders Hadj/Umra
Senegal	c° **	a	p	b	t	m			C	**GK "WHO : recommended"
Servië & Montenegro (incl. Kosovo) (ex- Joegoslavië)		a		(b)	(t)			(e)		

Gele Koorts c = vaccinatie verplicht; c° = vaccinatie strikt aanbevolen tot noodzakelijk (het land eist het niet per se, maar gele koorts komt voor of kan voorkomen in dit land)

d = in het land van bestemming zelf is geen gele koorts; vaccinatie is alleen maar verplicht als men vanuit een land afreist met risico voor gelekoortstransmissie.

WHO Kaart: www.who.int/ith → disease distribution maps; Gedetailleerde WHO-richtlijnen: <http://www.who.int/ith/ITH2009Countrylist.pdf>

Hepatitis A a = hoog risico, vaccinatie sterk aanbevolen tot noodzakelijk, wat ook de duur en de omstandigheden van de reis zijn

(a) = matig tot laag risico, de indicatie voor vaccinatie hangt af van de reisduur, accommodatie, frequentie van reizen. NB na volledige vaccinatie = levenslang immuun

Polio p = het virus circuleert nog in het land of in landen in de buurt (p) = het virus circuleert niet meer in dit land, maar is nog aanwezig op dit continent.

WHO-kaart www.who.int/ith → disease distribution maps – een eenmalige rappel bij een volwassene geeft levenslange immuniteit

Hepatitis B : (*) = de vaccinatie-indicatie hangt in de eerste plaats af van risicogedrag, ook – zij het in mindere mate - van reisbestemming, reisduur en reisfrequentie

b = land met hoge prevalentie dragers van het hepatitis B virus; (b) = land met intermediaire prevalentie dragers. Levenslange immuniteit na geslaagde vaccinatie.

Buiktyfus : de vaccinatie-indicatie hangt af van reisduur, accommodatie, frequentie van reizen; t = land met relatief hoog risico; (t) = land met matig tot laag risico

Meningokokkenmeningitis : vaccinatie-indicatie indien in nauw contact met de bevolking of voor een langere reis (minstens 4 weken)

m = land in de Afr. meningitisgordel (www.who.int/ith → disease distribution maps & <http://wwwn.cdc.gov/travel/yellowBookCh4-Menin.aspx>: epidemieën mogelijk van eind dec – eind juni); (m) = in uitzonderlijke omstandigheden kan er een epidemie zijn, te volgen via www.promedmail.org zie ook <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/vol9no10/03-0182-G2.htm>

Japane encefalitis voor langer verblijf (minstens 4 weken), ruraal, (tussen haakjes: de maanden tijdens dewelke er risico is) <http://www.cdc.gov/ncidod/dvbid/jencephalitis/qa.htm> → table

j = land met redelijk risico; (j) = slechts in welbepaalde tot uitzonderlijke omstandigheden (epidemie) is er risico

Tekenencefalitis (e) = enkel in geval van risico-activiteiten in de omschreven gebieden www.zecken.de/index.php?id=502

MALARIA : A/B/C = malaria-chemoprophylaxe aanbevolen. Voor de details, raadpleeg de tekst of raadpleeg de website : <http://www.itg.be>

(A)/(B)/(C) = malaria-chemoprophylaxe alleen aanbevolen in bep. omstandigheden binnen het kader van de nat. richtlijnen met specifieke aanwijzingen per land

((A)) = er is zeer miniem malariarisico in sommige gebieden – nooit chemoprophylaxe nodig, antimugmaatregelen volstaan in geval van mogelijk risico.

LAND	G.K.	H. A	Polio	H.B *	BKTYFUS	MNG.	JAP.E.	FSME	MAL.	OPMERKINGEN (over malaria, tenzij anders aangegeven, bvb GK)
Seychellen (Ind. Oc.)	d	(a)	p	b	(t)					
Sierra Leone	c	a	p	b	t	(m)			C	
Singapore	d	(a)		(b)						
St-Hélène (Atl. Oc.)	d	(a)	p	(b)	(t)					
St-Lucia (Car.)	d	(a)		(b)	(t)					
St-Kitts & Nevis (Car.)	d	(a)		(b)	(t)					
St Pierre & Miquelon (Fr.)				*						
St-Vincent & Grenadines (Car.)	d	(a)		(b)	(t)					
Slowakije		(a)		*				(e)		
Slovenië (ex-Joegoslavië)		(a)		*	(t)			(e)		
Soedan	c° **	a	p	b	t	m			C	**GK "WHO : recommended" & certificate may be required on leaving the country
Somalië	c° **	a	p	b	t	(m)			C	**GK "WHO : recommended "

Gele Koorts c = vaccinatie verplicht; c° = vaccinatie strikt aanbevolen tot noodzakelijk (het land eist het niet per se, maar gele koorts komt voor of kan voorkomen in dit land)
d = in het land van bestemming zelf is geen gele koorts; vaccinatie is alleen maar verplicht als men vanuit een land afreist met risico voor gelekoortstransmissie.

WHO Kaart: www.who.int/ith → disease distribution maps; **Gedetailleerde WHO-richtlijnen:** <http://www.who.int/ith/ITH2009Countrylist.pdf>

Hepatitis A a = hoog risico, vaccinatie sterk aanbevolen tot noodzakelijk, wat ook de duur en de omstandigheden van de reis zijn

(a) = matig tot laag risico, de indicatie voor vaccinatie hangt af van de reisduur, accommodatie, frequentie van reizen. NB na volledige vaccinatie = levenslang immuun

Polio p = het virus circuleert nog in het land of in landen in de buurt (p) = het virus circuleert niet meer in dit land, maar is nog aanwezig op dit continent.

WHO-kaart www.who.int/ith → disease distribution maps – een eenmalige rappel bij een volwassene geeft levenslange immuniteit

Hepatitis B : (*) = de vaccinatie-indicatie hangt in de eerste plaats af van risicogedrag, ook – zij het in mindere mate - van reisbestemming, reisduur en reisfrequentie

b = land met hoge prevalentie dragers van het hepatitis B virus; (b) = land met intermediaire prevalentie dragers. Levenslange immuniteit na geslaagde vaccinatie.

Buiktyfus : de vaccinatie-indicatie hangt af van reisduur, accommodatie, frequentie van reizen; t = land met relatief hoog risico; (t) = land met matig tot laag risico

Meningokokkenmeningitis : vaccinatie-indicatie indien in nauw contact met de bevolking of voor een langere reis (minstens 4 weken)

m = land in de Afr. meningitisgordel (www.who.int/ith → disease distribution maps & <http://wwwn.cdc.gov/travel/yellowBookCh4-Menin.aspx>: epidemieën mogelijk van eind dec – eind juni); (m) = in uitzonderlijke omstandigheden kan er een epidemie zijn, te volgen via www.promedmail.org zie ook <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/vol9no10/03-0182-G2.htm>

Japane encefalitis voor langer verblijf (minstens 4 weken), ruraal, (tussen haakjes: de maanden tijdens dewelke er risico is) <http://www.cdc.gov/ncidod/dvbid/jencephalitis/qa.htm> → table

j = land met redelijk risico; (j) = slechts in welbepaalde tot uitzonderlijke omstandigheden (epidemie) is er risico

Tekenencefalitis (e) = enkel in geval van risico-activiteiten in de omschreven gebieden www.zecken.de/index.php?id=502

MALARIA : A/B/C = malaria-chemoprophylaxe aanbevolen. Voor de details, raadpleeg de tekst of raadpleeg de website : <http://www.itg.be>

(A)/(B)/(C) = malaria-chemoprophylaxe alleen aanbevolen in bep. omstandigheden binnen het kader van de nat. richtlijnen met specifieke aanwijzingen per land

((A)) = er is zeer miniem malariarisico in sommige gebieden – nooit chemoprophylaxe nodig, antimugmaatregelen volstaan in geval van mogelijk risico.

LAND	G.K.	H. A	Polio	H.B *	BKTYFUS	MNG.	JAP.E.	FSME	MAL.	OPMERKINGEN (over malaria, tenzij anders aangegeven, bvb GK)
Spanje		(a)		*						
Sri Lanka	d	a	p	(b)	t				(C)	
Stille Oceaan eil. (USA) (Pac.)		a		(b)	(t)					
Suriname	c° **	a		(b)	t				C	**GK "WHO : recommended"
Swaziland	d	a	p	b	t				C	
Syrië	d	a		(b)	(t)				((A))	
Tadzjikistan (ex USSR)		a		b	t				(C)	Juni tot oktober
Taiwan		a	p	b	(t)		(j) (4-10)			
Tanzania (& Zanzibar)	c° **	a	p	b	t	(m)			C	**GK "WHO : recommended" Ambassades eisen dikwijls een bewijs van vaccinatie
Thailand	d	a	p	b	(t)		(j) (5-10)		((C))	
Timor-Leste (Oost-Timor)	d	a	p	b	t		(j)		C	

Gele Koorts c = vaccinatie verplicht; c° = vaccinatie strikt aanbevolen tot noodzakelijk (het land eist het niet per se, maar gele koorts komt voor of kan voorkomen in dit land)
d = in het land van bestemming zelf is geen gele koorts; vaccinatie is alleen maar verplicht als men vanuit een land afreist met risico voor gelekoortstransmissie.

WHO Kaart: www.who.int/ith → disease distribution maps; **Gedetailleerde WHO-richtlijnen:** <http://www.who.int/ith/ITH2009Countrylist.pdf>

Hepatitis A a = hoog risico, vaccinatie sterk aanbevolen tot noodzakelijk, wat ook de duur en de omstandigheden van de reis zijn

(a) = matig tot laag risico, de indicatie voor vaccinatie hangt af van de reisduur, accommodatie, frequentie van reizen. NB na volledige vaccinatie = levenslang immuun

Polio p = het virus circuleert nog in het land of in landen in de buurt (p) = het virus circuleert niet meer in dit land, maar is nog aanwezig op dit continent.

WHO-kaart www.who.int/ith → disease distribution maps – een eenmalige rappel bij een volwassene geeft levenslange immuniteit

Hepatitis B : (*) = de vaccinatie-indicatie hangt in de eerste plaats af van risicogedrag, ook – zij het in mindere mate - van reisbestemming, reisduur en reisfrequentie

b = land met hoge prevalentie dragers van het hepatitis B virus; (b) = land met intermediaire prevalentie dragers. Levenslange immuniteit na geslaagde vaccinatie.

Buiktyfus : de vaccinatie-indicatie hangt af van reisduur, accommodatie, frequentie van reizen; t = land met relatief hoog risico; (t) = land met matig tot laag risico

Meningokokkenmeningitis : vaccinatie-indicatie indien in nauw contact met de bevolking of voor een langere reis (minstens 4 weken)

m = land in de Afr. meningitisgordel (www.who.int/ith → disease distribution maps & <http://www.cdc.gov/travel/yellowBookCh4-Menin.aspx>: epidemieën mogelijk van eind dec – eind juni); (m) = in uitzonderlijke omstandigheden kan er een epidemie zijn, te volgen via www.promedmail.org zie ook <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/vol9no10/03-0182-G2.htm>

Japane encefalitis voor langer verblijf (minstens 4 weken), ruraal, (tussen haakjes: de maanden tijdens dewelke er risico is) <http://www.cdc.gov/ncidod/dvbid/jencephalitis/qa.htm> → table

j = land met redelijk risico; (j) = slechts in welbepaalde tot uitzonderlijke omstandigheden (epidemie) is er risico

Tekenencefalitis (e) = enkel in geval van risico-activiteiten in de omschreven gebieden www.zecken.de/index.php?id=502

MALARIA : A/B/C = malaria-chemoprophylaxe aanbevolen. Voor de details, raadpleeg de tekst of raadpleeg de website : <http://www.itg.be>

(A)/(B)/(C) = malaria-chemoprophylaxe alleen aanbevolen in bep. omstandigheden binnen het kader van de nat. richtlijnen met specifieke aanwijzingen per land

((A)) = er is zeer miniem malariarisico in sommige gebieden – nooit chemoprophylaxe nodig, antimugmaatregelen volstaan in geval van mogelijk risico.

LAND	G.K.	H. A	Polio	H.B *	BKTYFUS	MNG.	JAP.E.	FSME	MAL.	OPMERKINGEN (over malaria, tenzij anders aangegeven, bvb GK)
Togo	c	a	p	b	t	(m)			C	
Tonga (Pac.)	♠	a		b	(t)					
Trinidad en Tobago (Car.)	d **	(a)		b	(t)					**GK "WHO : recommended" for Trinidad, niet voor Tobago
Tsjaad	c	a	p	b	t	m			C	
Tsjechië		(a)		*				(e)		
Tunesië	d	a	p	(b)	(t)					
Turkije		a	p	(b)	(t)				(A)	
Turkmenistan (ex USSR)		a		b	t				((A))	Juni tot oktober
Tuvalu		a	p	(b)	(t)					
Uruguay	d	a		*	(t)					
Vanuatu		a		(b)	(t)				C	
Venezuela	c° **	a		(b)	(t)				(A/C)	C : ten zuiden van de Orinoco (Amazonië) // **GK "WHO : recommended"
Verenigde Arabische Emiraten		(a)	p	(b)	(t)					

Gele Koorts c = vaccinatie verplicht; c° = vaccinatie strikt aanbevolen tot noodzakelijk (het land eist het niet per se, maar gele koorts komt voor of kan voorkomen in dit land)
d = in het land van bestemming zelf is geen gele koorts; vaccinatie is alleen maar verplicht als men vanuit een land afreist met risico voor gelekoortstransmissie.

WHO Kaart: www.who.int/ith → disease distribution maps; **Gedetailleerde WHO-richtlijnen:** <http://www.who.int/ith/ITH2009Countrylist.pdf>

Hepatitis A a = hoog risico, vaccinatie sterk aanbevolen tot noodzakelijk, wat ook de duur en de omstandigheden van de reis zijn

(a) = matig tot laag risico, de indicatie voor vaccinatie hangt af van de reisduur, accommodatie, frequentie van reizen. NB na volledige vaccinatie = levenslang immuun

Polio p = het virus circuleert nog in het land of in landen in de buurt (p) = het virus circuleert niet meer in dit land, maar is nog aanwezig op dit continent.

WHO-kaart www.who.int/ith → disease distribution maps – een eenmalige rappel bij een volwassene geeft levenslange immuniteit

Hepatitis B : (*) = de vaccinatie-indicatie hangt in de eerste plaats af van risicogedrag, ook – zij het in mindere mate - van reisbestemming, reisduur en reisfrequentie

b = land met hoge prevalentie dragers van het hepatitis B virus; (b) = land met intermediaire prevalentie dragers. Levenslange immuniteit na geslaagde vaccinatie.

Buiktyfus : de vaccinatie-indicatie hangt af van reisduur, accommodatie, frequentie van reizen; t = land met relatief hoog risico; (t) = land met matig tot laag risico

Meningokokkenmeningitis : vaccinatie-indicatie indien in nauw contact met de bevolking of voor een langere reis (minstens 4 weken)

m = land in de Afr. meningitisgordel (www.who.int/ith → disease distribution maps & <http://wwwn.cdc.gov/travel/yellowBookCh4-Menin.aspx>: epidemieën mogelijk van eind dec – eind juni); (m) = in uitzonderlijke omstandigheden kan er een epidemie zijn, te volgen via www.promedmail.org zie ook <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/vol9no10/03-0182-G2.htm>

Japane encefalitis voor langer verblijf (minstens 4 weken), ruraal, (tussen haakjes: de maanden tijdens dewelke er risico is) <http://www.cdc.gov/ncidod/dvbid/jencephalitis/qa.htm> → table

j = land met redelijk risico; (j) = slechts in welbepaalde tot uitzonderlijke omstandigheden (epidemie) is er risico

Tekenencefalitis (e) = enkel in geval van risico-activiteiten in de omschreven gebieden www.zecken.de/index.php?id=502

MALARIA : A/B/C = malaria-chemoprophylaxe aanbevolen. Voor de details, raadpleeg de tekst of raadpleeg de website : <http://www.itg.be>

(A)/(B)/(C) = malaria-chemoprophylaxe alleen aanbevolen in bep. omstandigheden binnen het kader van de nat. richtlijnen met specifieke aanwijzingen per land

((A)) = er is zeer miniem malariarisico in sommige gebieden – nooit chemoprophylaxe nodig, antimugmaatregelen volstaan in geval van mogelijk risico.

LAND	G.K.	H. A	Polio	H.B *	BKTYFUS	MNG.	JAP.E.	FSME	MAL.	OPMERKINGEN (over malaria, tenzij anders aangegeven, bvb GK)
Vietnam	d	a	p	b	t		J (5-10)		(C)	
Wake eiland (Pac.)		a		(b)	(t)					
Wit-Rusland (ex-USSR)		a		(b)	(t)			(e)		
Zambia		a	p	b	t	(m)			C	
Zimbabwe	d	a	p	b	t				C	Beneden de 1200 m
Zuid-Afrika	d	(a)	p	(b)	(t)				(C)	In een zeer beperkte regio in het Noord-Westen

Gele Koorts c = vaccinatie verplicht; c° = vaccinatie strikt aanbevolen tot noodzakelijk (het land eist het niet per se, maar gele koorts komt voor of kan voorkomen in dit land)

d = in het land van bestemming zelf is geen gele koorts; vaccinatie is alleen maar verplicht als men vanuit een land afreist met risico voor gelekoortstransmissie.

WHO Kaart: www.who.int/ith → disease distribution maps; **Gedetailleerde WHO-richtlijnen:** <http://www.who.int/ith/ITH2009Countrylist.pdf>

Hepatitis A a = hoog risico, vaccinatie sterk aanbevolen tot noodzakelijk, wat ook de duur en de omstandigheden van de reis zijn

(a) = matig tot laag risico, de indicatie voor vaccinatie hangt af van de reisduur, accommodatie, frequentie van reizen. NB na volledige vaccinatie = levenslang immuun

Polio p = het virus circuleert nog in het land of in landen in de buurt (p) = het virus circuleert niet meer in dit land, maar is nog aanwezig op dit continent.

WHO-kaart www.who.int/ith → disease distribution maps – een eenmalige rappel bij een volwassene geeft levenslange immuniteit

Hepatitis B : (*) = de vaccinatie-indicatie hangt in de eerste plaats af van risicogedrag, ook – zij het in mindere mate - van reisbestemming, reisduur en reisfrequentie

b = land met hoge prevalentie dragers van het hepatitis B virus; (b) = land met intermediaire prevalentie dragers. Levenslange immuniteit na geslaagde vaccinatie.

Buiktyfus : de vaccinatie-indicatie hangt af van reisduur, accommodatie, frequentie van reizen; t = land met relatief hoog risico; (t) = land met matig tot laag risico

Meningokokkenmeningitis : vaccinatie-indicatie indien in nauw contact met de bevolking of voor een langere reis (minstens 4 weken)

m = land in de Afr. meningitisgordel (www.who.int/ith → disease distribution maps & <http://www.cdc.gov/travel/yellowBookCh4-Menin.aspx>: epidemieën mogelijk van eind dec – eind juni); (m) = in uitzonderlijke omstandigheden kan er een epidemie zijn, te volgen via www.promedmail.org zie ook <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/vol9no10/03-0182-G2.htm>

Japane encefalitis voor langer verblijf (minstens 4 weken), ruraal, (tussen haakjes: de maanden tijdens dewelke er risico is) <http://www.cdc.gov/ncidod/dvbid/jencephalitis/qa.htm> → table

j = land met redelijk risico; (j) = slechts in welbepaalde tot uitzonderlijke omstandigheden (epidemie) is er risico

Tekenencefalitis (e) = enkel in geval van risico-activiteiten in de omschreven gebieden www.zecken.de/index.php?id=502

MALARIA : A/B/C = malaria-chemoprophylaxe aanbevolen. Voor de details, raadpleeg de tekst of raadpleeg de website : <http://www.itg.be>

(A)/(B)/(C) = malaria-chemoprophylaxe alleen aanbevolen in bep. omstandigheden binnen het kader van de nat. richtlijnen met specifieke aanwijzingen per land

((A)) = er is zeer miniem malariarisico in sommige gebieden – nooit chemoprophylaxe nodig, antimugmaatregelen volstaan in geval van mogelijk risico.

NOORD-AFRIKA

Er is geen malariarisico en er zijn geen preventieve maatregelen nodig in **ALGERIJE** (er was vroeger een uiterst beperkt malariarisico door *Plasmodium vivax*, met name in de 6 zuidelijke en zuid-oostelijk regio's, namelijk Adrar, El Oued, Ghardaia, Illizi, Ouargla, Tamanrasset; uitzonderlijk is er nog een geval van lokale besmetting door *Plasmodium falciparum* in het uiterste zuiden), noch in **MAROKKO** noch in **LIBIE**, **TUNESIE**, en de **WESTELIJKE SAHARA**. In **EGYPTE** is er geen malariarisico meer voor de reizigers. Er is enkel een uiterst beperkt malariarisico in het Sennoris district in de El Faiyûm regio, van juni tot oktober (sinds 1998 zijn er daar géén gevallen meer geweest).

Voor mensen die in primitieve omstandigheden overnachten in de genoemde risicogebieden in Algerije en Egypte, zijn de maatregelen tegen de muggensteken 's avonds en 's nachts voldoende.

AFRIKA TEN ZUIDEN VAN DE SAHARA

[<http://www.mara.org.za> → maps → information on maps]

1. WESTELIJKE HELFT VAN AFRIKA EN CONGO (KIN.)

Angola, Benin, Burkina Faso, Centraal Afrikaanse Republiek, Congo-Brazzaville, Congo-Kinshasa (ex-Zaire), Gabon, Gambia, Ghana, (Equatoriaal) Guinea, Guinea (Conakry), Guinea Bissau, Ivoorkust, Kameroen, Liberia, Mali, Mauritanië, Niger, Nigeria, Sao Tome en Principe, Senegal, Sierra Leone, Togo, Tsjaad.

Er is een belangrijk malariarisico (tenzij anders staat aangeduid)

Voor de beschermende maatregelen zie NOTA 1

Mauritanië : Er is geen malariarisico in de noordelijke provincies: Dakhlet-Nouadhibou en Tiris-Zemour. Er is reëel malariarisico beneden de 22ste noorderbreedtegraad (en dus ook in de hoofdstad Nouackchott). In de provincies Adrar en Inchiri (gelegen tussen de noordelijke en zuidelijke provincies) is er malariarisico tijdens het regenseizoen (van juli tot oktober). NOTA 1 is van toepassing .

2. OOSTELIJKE HELFT VAN AFRIKA

Burundi, Comoren, Djibouti, Erythrea, Ethiopië, Kenya, Madagascar, Malawi, Mayotte (Fr), Mozambique, Oeganda, Rwanda, Soedan, Somalië, Tanzania (en Zanzibar en Pemba), Zambia, Zimbabwe

Er is belangrijk risico voor malaria (behalve in de bepaalde gebieden die in de tekst hieronder beschreven worden). Voor de beschermende maatregelen zie **NOTA 1**

Erythrea, Ethiopië : geen risico boven de 2000 m, dus ook geen risico in de

hoofdsteden.

Kenya : er is normaal gesproken geen tot zeer weinig risico in Nairobi. Er is belangrijk risico in alle gebieden beneden de 1500 m, en het risico is lager (maar sterk wisselend en zeker niet geheel afwezig) boven de 1500 m. Er is geen risico in de hooggelegen gebieden boven 2500 m in de volgende provincies : Central, Rift Valley, Eastern, Nyanza and Western Provinces. De meeste reizigers zullen echter meerdere gebieden doorkruisen en zullen dus maatregelen moeten nemen om zich tegen malaria te beschermen.

Malawi : hoewel er risico is het ganse jaar in het ganse land (WGO), is het risico het grootste van november tot april in de gebieden beneden de 500-1000 m langs Lake Malawi.

Soedan : er is belangrijk malariarisico in het centrale en zuidelijk deel van het land; in het noordelijke landsgedeelte is het risico laag en seizoensgebonden; het risico is hoger langsheen de Nijl ten zuiden van het Nasser-meer. Aan de kust (Rode Zee) is het risico zeer beperkt.

Somalië : er is malariarisico het ganse jaar door in het ganse land; in het noordelijke landsgedeelte is het risico laag en seizoensgebonden; het risico is groter in het centrale en zuidelijke deel van het land.

Tanzania : alleen malariarisico beneden de 1800 m. De meeste reizigers zullen echter meerdere gebieden doorkruisen en zullen dus maatregelen moeten nemen om zich tegen malaria te beschermen. Op de eilanden Zanzibar en Pemba is er malariarisico, maar in mindere mate (en de situatie kan er nog gemakkelijk verergeren).

Zimbabwe : er is het ganse jaar risico voor malaria in de gebieden lager gelegen dan 600 m. (o.a. vallei van de Zambezi en Victoria Falls). Er is risico voor malaria van november tot juni in de gebieden gelegen op 600-1200 m. hoogte. Er is geen tot verwaarloosbaar risico in de steden Harare en Bulawayo, en op de hoogvlakte tussen deze twee steden. De meeste reizigers zullen echter meerdere gebieden doorkruisen en zullen dus tabletten moeten nemen om zich tegen malaria te beschermen.

3. HET ZUIDELIJK DEEL VAN AFRIKA *(in deze streek is er ook een frequent probleem van “African Tick Fever”, koortsende aandoening door Rickettsia africae)*

Botswana : risico voor malaria van november tot mei/juni in de noordelijke grensprovincies, boven de 21° zuiderbreedte, (met name in de districten/subdistricten : Boteti, Chobe, Ngamiland, Okavango, Tutume). Geen risico voor malaria in de andere gebieden. NOTA 1 is van toepassing. Van juni tot oktober moet men enkel antimugmaatregelen toepassen tussen zonsondergang en zonsopgang (*). Bij koorts steeds aan de mogelijkheid van malaria denken !

Lesotho : geen malariarisico.

Namibië : er is enkel risico voor malaria in de Noordelijke helft van het land :

(1) het ganse jaar door in een strook van 100-150 km langsheen de grens met Angola, met name in de Caprivi-provincie, de Okavango-provincie (het gebied ten zuiden van de Kavango-rivier) en de Kunene-provincie (langsheen de Kunene-rivier); NOTA 1 is

van toepassing.

(2) van november tot mei/juni in de overige noordelijke provincies Oshana, Oshikoto, Omusati en Ohangwena en in de wat meer centraal gelegen provincies Omaheke en Otjozondjupa. In het Etosha National Park is er ook malariarisico van november tot mei/juni. NOTA 1 is van toepassing. Van juni tot oktober moet men wel antimugmaatregelen toepassen tussen zonsondergang en zonsopgang (*), en bij koorts ook aan de mogelijkheid van malaria denken

Swaziland : er is enkel risico voor malaria in de laaggelegen gebieden in de oostelijke helft van het land, vooral in Big Bend, Mhlume, Simunye and Tshaneni.

Zuid-Afrika : (http://www.malaria.org.za/Malaria_Risk/Risk_Maps/risk_maps.htm)

er is geen risico in het overgrote deel van het land. Er is risico voor malaria - het ganse jaar door - vooral in de zomermaanden van oktober tot mei, maar er zijn ook gevallen in de winter - in de droge savanne-gebieden (buiten de grote steden) in het uiterste noorden en noordoosten van het land aan de grens met Botswana, Zimbabwe en Mozambique: dit is in de laaggelegen regio's in de Northern Province (Limpopo), in het noordoostelijke deel van de provincie Mpumalanga (het vroegere Transvaal), het Krügerpark inbegrepen, en het noordoostelijke deel van KwaZulu/Natal (tot aan de Tugela-rivier ten zuiden van de stad Richard's Bay). NOTA 1 is van toepassing, en dit van oktober tot mei. Van juni tot september kan men ook tabletten innemen, of niet, maar dan moet men wel antimugmaatregelen toepassen tussen zonsondergang en zonsopgang (*), en bij koorts ook aan de mogelijkheid van malaria denken. Zie de kaart voor de details.

(*) Personen die overdag een malariagebied bezoeken en die 's avonds in goede hotels verblijven, lopen geen risico, en moeten geen malariatabletten innemen, maar ze dienen steeds een muggenrepellent (muggenwerend product voor de huid) op zak te hebben, in geval ze niet op tijd in het hotel kunnen zijn 's avonds, bijvoorbeeld omwille van problemen zoals ziekte, panne enz. Ook bij een trip of een safari in de vroege ochtend, 's avonds of 's nachts dient men de muggenrepellent (muggenwerend product voor de huid) overvloedig aan te brengen.

4. OP VOLGENDE EILANDEN zijn er geen maatregelen tegen malaria nodig

Azoren & Madeira (Portugal), Kanarische Eilanden (Spanje), Réunion (Fr),

Seychellen, Sint Helena (UK), Mauritius en op de meeste **Kaapverdische eilanden**

Er bestaat wel een zeer beperkt malariarisico op het **Sao Tiago Island** (van de **Kaapverdische eilanden**) van augustus tot november; indien men hier op primitieve wijze de nacht doorbrengt zijn de antimugmaatregelen tussen zonsondergang en zonsopgang voldoende(en bij koorts ook aan de mogelijkheid van malaria denken); er wordt geen chemoprofylaxe meer aangeraden door de WGO.

MALARIAPREVENTIE

Om optimaal tegen malaria beschermd te zijn, is het essentieel om 's avonds en 's nachts maatregelen te nemen tegen muggensteken. Bij overnachting in primitieve omstandigheden moet men het muggennet impregneren met permethrine of deltamethrine, een stof die muggenafstotend en muggendodend werkt.

NOTA 1

MALARONE[®] (1 tablet per dag vanaf 1 dag voor vertrek tot 7 dagen na terugkeer), OF **DOXYCYCLINE** (1 tablet per dag vanaf 1 dag voor vertrek tot 4 weken na terugkeer; soms kan een tolerantietest van enkele dagen aangewezen zijn), OF **LARIAM**[®] (1 tablet éénmaal per week, vanaf enkele weken voor vertrek tot 4 weken na terugkeer) zijn de eerste keuze antimalariageneesmiddelen. Om een werkzame hoeveelheid **LARIAM**[®] in het bloed te hebben bij aankomst in het malariagebied, start men dit product best steeds 2 tot 3 weken voor vertrek. Personen die dit product nog nooit eerder ingenomen hebben, moeten in elk geval 2-3 weken op voorhand gestart zijn, om eventuele nevenwerkingen op te vangen (duizeligheid, slapeloosheid, nachtmerries, opwinding, onverklaarbare angst, hartkloppingen). Lariam wordt niet voorgeschreven indien de arts oordeelt dat er tegenindicaties bestaan (zwangerschapswens, epilepsie, depressie, of hartritmestoornissen waarvoor bepaalde geneesmiddelen zoals bètablokkers, calciumantagonisten of digitalis worden ingenomen) of tenzij u bij een vroegere gelegenheid dit geneesmiddel niet hebt verdragen. U neemt het geneesmiddel verder tot 4 weken na thuiskomst. Indien Lariam goed verdragen wordt, kan het indien nodig gedurende vele maanden en zelfs jaren worden ingenomen.

Voor een korte reis is de inname van het meestal zeer goed verdragen **MALARONE**[®] een uitstekende keuze. In afgewogen gevallen mag Malarone vele maanden ingenomen worden, maar hou rekening met de snel oplopende kostprijs.

DOXYCYCLINE (100 mg per dag, te starten de dag voor vertrek, en in te nemen tot 4 weken na thuiskomst). Doxycycline moet zittend worden ingenomen met veel vloeistof of tijdens de maaltijd. Doxycycline kan soms aanleiding geven tot fototoxiciteit en schimmelinfecties in de mond of genitaliën. Doxycycline mag meerdere maanden worden ingenomen.

Dit alles dient individueel met de arts of de arts van het reisadviescentrum besproken te worden.

DIARREE

DIARREE is een frequent probleem op reis. Zelfs wanneer men in goede omstandigheden reist, ontsnapt men er niet steeds aan. Enkele raadgevingen en de juiste geneesmiddelen in de reisapotheek zijn zeer nuttig. Raadpleeg in elk geval de algemene tekst over reizigersdiarree. Daar worden de maatregelen besproken om diarree te voorkomen, en indien nodig correct te behandelen.

DENGUE

In Afrika kan Dengue-koorts voorkomen. Preventie = antimugmaatregelen toepassen overdag. Raadpleeg in elk geval de tekst over dengue. Meer info: zie www.itg.be – www.reisgeneeskunde.be & consulteer de wereldkaart www.who.int/ith → “disease distribution maps”

VACCINATIES

- GELE KOORTS vaccinatie is vereist voor alle landen waar gele koorts kan voorkomen (<http://www.who.int/ith/en/index.html> → DISEASE DISTRIBUTION MAPS). Niet alle landen eisen dit steeds, maar de maatregel dient ook - naast de geboden bescherming - om alle problemen aan grensovergangen of bij transit doorheen een ander land te vermijden.

Vaccinatie is derhalve nodig voor : Angola, Benin, Burkina Faso, Burundi, Centraal Afrikaanse Republiek, Congo-Brazzaville, Congo-Kinshasa, Ethiopië, Gabon, Gambia, Ghana, Equatoriaal Guinea, Guinea (Conakry), Guinea Bissau, Ivoorkust, Kameroen, Kenya (laag risico in de steden Nairobi en Mombasa; vanaf de leeftijd van 9 maanden), Liberia, Mali (*), Mauritanië (*), Niger (*), Nigeria, Oeganda, Rwanda, Sao Tome en Principe, Senegal, Sierra Leone, Soedan (*een certificaat is vereist voor reizigers vanaf de leeftijd van 9 maanden afkomstig van een gebied waar gele koorts kan voorkomen en kan vereist zijn voor reizigers die Soedan verlaten*), Somalië, Tanzania en Zanzibar, Togo, Tsjaad (*).

(*) voor alle reizigers vanaf de leeftijd van 9 maanden die naar de zuidelijke gebieden van de Saharawoestijn reizen.

Een aantal landen (waar géén gele koorts voorkomt) eisen enkel gelekoortsvaccinatie indien men reist vanuit of doorheen één van de bovenvermelde landen (dus niet indien men vanuit België reist):

Algerije, Botswana, Djibouti, Egypte (*luchtvaartpassagiers in transit afkomstig van een gebied waar gele koorts kan voorkomen en die niet in het bezit zijn van een certificaat mogen de luchthaven niet verlaten*), Kaapverdise eilanden, Lesotho, Libië, Madagascar, Malawi, Mauritius, Mozambique, Namibië, Reunion, Seychellen, Sint Helena, Swaziland, Zambia, Zimbabwe, Zuid-Afrika.

- Op reis gaan naar Afrika is verder een ideale gelegenheid om zich in orde te stellen met de TETANOS-, DIFTERIE-, KINKHOEST-, MAZELEN- en POLIOVACCINATIE.
- Iedereen die naar Afrika reist, ongeacht de duur en de omstandigheden, moet tegen HEPATITIS A beschermd te zijn. Indien men in minder goede hygiënische omstandigheden reist, frequent of langdurig (bijvoorbeeld vanaf 2 - 3 weken) in het buitenland verblijft (zelfs indien in goede hygiënische omstandigheden) is ook vaccinatie tegen BUIKTYFUS aangeraden. In vele omstandigheden dient vaccinatie tegen HEPATITIS B ook te worden aangeraden. Voor verdere details zie de algemene tekst over VACCINATIES.
- In specifieke omstandigheden dient vaccinatie tegen HONDSDOLHEID en MENINGOKOKKEN ACWY MENINGITIS te worden overwogen.

Dit alles dient individueel met uw arts of de arts van het reisadviescentrum te worden besproken.

MIDDEN EN NABIJE OOSTEN

Er is geen malaria in **BAHREIN**, de **VERENIGDE ARABISCHE EMIRATEN ISRAËL**, **JORDANIË**, **KOEWEIT**, **LIBANON**, **QATAR**. Het malariarisico in **OMAN** en **SYRIË** is beperkt tot enkele afgelegen gebieden, zodat voor deze landen geen preventie nodig is.

AFGHANISTAN : Er is malaria in Afghanistan in alle gebieden beneden 2000 m, van mei tot november (overwegend door de goedaardige vivax-malaria veroorzaakt, maar er is ook gevaarlijke falciparum-malaria). Er is dus geen malariarisico in het centrale en oostelijke gedeelte van het land, dat boven de 2000 meter ligt. Er is geen belangwekkend malariarisico in de hoofdstad Kabul. Voor een verblijf in risicogebied, op het platteland, gelden de aanbevelingen ter preventie van malaria besproken in **NOTA 2**.

IRAK : Er is enkel malariarisico (exclusief door de goedaardige vivax-malaria) van mei tot november in de gebieden beneden de 1500 m in de 5 provincies ten noorden van de 35e breedtegraad (Duhok, Erbil, Sulaimaniya) en ook in enkele afgelegen haarden in de provincie Basrah in het uiterste zuiden, tegen de grens met Iran. Voor een verblijf in risicogebied, op het platteland, gelden de aanbevelingen ter preventie van malaria besproken in **NOTA 1**.

IRAN : Er is enkel (beperkt) malariarisico

- o in de zomer (van mei tot november) in de provincies Ardebil en East Azerbaijan (in het uiterste noorden, ten noorden van de Zagros bergketen) (exclusief door de goedaardige vivax-malaria): zie **NOTA 1**.
- o van maart tot november in afgelegen landelijke gebieden van enkele zuidoostelijke provincies (tropisch gedeelte van Iran) met name in de provincies Hormozgan, in het tropische gedeelte van Kerman, en in het zuidelijk deel van Sistan & Baluchestan. Hier is er chloroquine-resistentie falciparum-malaria mogelijk. Zie **NOTA 2**.

OMAN : Zeer beperkt risicio in enkele afgelegen gebieden (in de provincie Musandam op het uiterste puntje van het schiereiland in het Noorden van het land). Sinds 2003 werden geen malariagevallen meer vastgesteld. Er is geen chemoprofylaxe nodig.

PAKISTAN : Er is geen malariarisico in de gebieden hoger gelegen dan 2000 m (hoofdzakelijk gesitueerd in het hooggebergte in het uiterste noorden), ook niet in het centrum van de grote steden. In de rest van het land gelden de aanbevelingen ter preventie van malaria besproken onder **NOTA 2**.

SAOEDI-ARABIE : Er is alleen malariarisico (vooral *P. falciparum*) in de “South

Western region” aan de zuidwest-kust, in de Western Province (o.a. het grensgebied met Jemen en aan de kustgebieden aan de Rode Zee). Er is in die regio echter geen risico in de steden Jeddah, Mekka, Taif & Medina. Er is geen malariarisico in de andere provincies (Eastern, Northern and Central Provinces), noch in de hooglanden van de Provincie Asir. In de malariagebieden gelden voor een avontuurlijk verblijf op het platteland de aanbevelingen ter preventie van malaria besproken in **NOTA 2**.

SYRIE : Er is enkel zeer beperkt malariarisico, focaal in een aantal landelijke gebieden in het El Hasaka Governorate in de noord-oostelijke grensstreek met Irak (geen gevallen meer sinds 2005), enkel van mei tot oktober (exclusief door de goedaardige vivax-malaria). Er is verder geen malariarisico. Er worden door de WHO geen preventieve maatregelen voor malaria aangeraden.

TURKIJE : In het grootste deel van Turkije is er geen enkel malariarisico. Er is beperkt malariarisico - uitsluitend van het goedaardige vivax type - van mei tot oktober in landelijke gebieden beperkt tot een smalle strook in het zuiden van Turkije, in het grensgebied met Syrië (Zuid-Anatholië) : vanaf de regio rond de kuststad Mersin en de regio rond Adana, de gebieden Çukurova/Amikova, tot waar de Irakese grens begint. Hier gelden voor een avontuurlijk verblijf op het platteland de aanbevelingen ter preventie van malaria besproken in **NOTA 1**.

JEMEN : Er is geen malariarisico in de hoofdstad San'a. In de rest van het land is er malariarisico, dat echter gering is van maart tot augustus zodat maatregelen om zich te beschermen tegen muggensteken 's avonds en 's nachts in die periode meestal voldoende zijn. Enkel van september tot februari gelden dan voor een verblijf in primitieve omstandigheden de aanbevelingen ter preventie van malaria vermeld onder **NOTA 2**. Op het **eiland Socotra** is er slechts beperkt risico (van maart tot augustus), maatregelen tegen de muggensteken 's avonds en 's nachts zijn hier voldoende. In geval van koorts moet men wel steeds aan de mogelijkheid van malaria denken.

MALARIAPREVENTIE

Maatregelen om zich te beschermen tegen muggensteken 's avonds en 's nachts zijn steeds essentieel om zich tegen mogelijke malaria te beschermen. Personen die overdag een malariagebied bezoeken en die 's avonds in goede hotels verblijven, lopen geen risico, en moeten geen malariatabletten innemen, maar ze dienen steeds een muggenrepellent (muggenwerend product voor de huid) op zak te hebben, in geval ze niet op tijd in het hotel kunnen zijn 's avonds, bijvoorbeeld omwille van problemen zoals ziekte, panne enz. Ook bij een trip in de vroege ochtend, 's avonds of 's nachts, dient men de muggenrepellent (muggenwerend product voor de huid) overvloedig aan te brengen. Bij reizen van het avontuurlijke type (zeker op het op het platteland) en met overnachten in primitieve omstandigheden is het bovendien aan te raden het muggennet te impregneren met permethrine of deltamethrine, een scheikundige stof waardoor er een

extra muggenafstotend en muggendodend effect bekomen wordt en is de inname van malariatabletten nodig :

*NB. In vele gebieden in Azië (<http://www.dtg.org/21.0.html>) kan, na uitgebreid informatief gesprek met een **gespecialiseerde arts**, met zorgvuldige evaluatie van het malariarisico in functie van de verblijfsmodaliteiten, toch besloten worden tot het achterwege laten van de chemoprophylaxe (ook voor avontuurlijke reizigers), mits strikte maatregelen tegen muggenbeten van zonsondergang tot zonsopgang, en het meenemen van een malaria-noodbehandeling (Malarone®), met begeleidende instructies.*

NOTA 1

NIVAQUINE®, 3 tabletten per week, in éénmaal in te nemen, te starten vanaf 1 week voor vertrek, en door te nemen tot 4 weken na thuiskomst.

NOTA 2

MALARONE® (1 tablet per dag vanaf 1 dag voor vertrek tot 7 dagen na terugkeer), OF **DOXYCYCLINE** (1 tablet per dag vanaf 1 dag voor vertrek tot 4 weken na terugkeer; soms kan een tolerantietest van enkele dagen aangewezen zijn), OF **LARIAM®** (1 tablet éénmaal per week, vanaf enkele weken voor vertrek tot 4 weken na terugkeer) zijn de eerste keuze antimalariageneesmiddelen. Om een werkzame hoeveelheid **LARIAM®** in het bloed te hebben bij aankomst in het malariagebied, start men dit product best steeds 2 tot 3 weken voor vertrek. Personen die dit product nog nooit eerder ingenomen hebben, moeten in elk geval 2-3 weken op voorhand gestart zijn, om eventuele nevenwerkingen op te vangen (duizeligheid, slapeloosheid, nachtmerries, opwinding, onverklaarbare angst, hartkloppingen). Lariam wordt niet voorgeschreven indien de arts oordeelt dat er tegenindicaties bestaan (zwangerschapswens, eerste zwangerschapstrimester, epilepsie, depressie, of hartritmestoornissen waarvoor bepaalde geneesmiddelen zoals bètablokkers, calciumantagonisten of digitalis worden ingenomen) of tenzij u bij een vroegere gelegenheid dit geneesmiddel niet hebt verdragen. U neemt het geneesmiddel verder tot 4 weken na thuiskomst. Indien Lariam goed verdragen wordt, kan het indien nodig gedurende vele maanden en zelfs jaren worden ingenomen. Voor een korte reis is de inname van het meestal zeer goed verdragen **MALARONE®** een uitstekende keuze. In afgewogen gevallen mag Malarone vele maanden ingenomen worden, maar hou rekening met de snel oplopende kostprijs.

DOXYCYCLINE (100 mg per dag, te starten de dag voor vertrek, en in te nemen tot 4 weken na thuiskomst). Doxycycline moet zittend worden ingenomen met veel vloeistof of tijdens de maaltijd. Doxycycline kan soms aanleiding geven tot fototoxiciteit en schimmelinfecties in de mond of genitaliën. Doxycycline mag meerdere maanden worden ingenomen.

Dit alles dient individueel met de arts of de arts van het reisadviescentrum besproken te worden.

DIARREE

DIARREE is een frequent probleem op reis. Zelfs wanneer men in goede omstandigheden reist, ontsnapt men er niet steeds aan. Enkele raadgevingen en de juiste geneesmiddelen in de reisapotheek zijn zeer nuttig.

Raadpleeg in elk geval de tekst over reizigersdiarree. Daar worden de maatregelen besproken om diarree te voorkomen, en indien nodig correct te behandelen.

DENGUE

In het Midden en Nabije Oosten kan Dengue-koorts voorkomen.

Preventie = antimugmaatregelen toepassen overdag. Raadpleeg in elk geval de tekst over dengue. Meer info: zie www.itg.be – www.reisgeneeskunde.be & consulteer de wereldkaart www.who.int/ith → “disease distribution maps”

VACCINATIES

- Er is geen enkele vaccinatie echt verplicht.
- GELE KOORTS vaccinatie is NIET vereist indien u vanuit België vertrekt. Gele koorts komt hier nergens voor. Indien u vanuit een ander land afreist, waar gele koorts kan voorkomen (Afrika, Zuid-Amerika, zie (<http://www.who.int/ith/en/index.html> → DISEASE DISTRIBUTION MAPS). dient u gevaccineerd te zijn, en dit vanaf de leeftijd van 1 jaar, voor Afghanistan, Bahrein, Irak, Jordanië, Oman, Saoedi-Arabië, Syrië; en voor Pakistan en Libanon vanaf de leeftijd van 6 maanden.
- Op reis gaan naar Azië is verder een ideale gelegenheid om zich in orde te stellen met de TETANOS-, DIFTERIE-, KINKHOEST-, MAZELEN- en POLIOVACCINATIE.
- Iedereen die naar Azië reist, ongeacht de duur en de omstandigheden, moet tegen HEPATITIS A beschermd te zijn. Indien men in minder goede hygiënische omstandigheden reist, frequent of langdurig (bijvoorbeeld vanaf 2 - 3 weken) in het buitenland verblijft (zelfs indien in goede hygiënische omstandigheden) is ook vaccinatie tegen BUIKTYFUS aangeraden. In vele omstandigheden is vaccinatie tegen HEPATITIS B een aanrader.
Voor verdere details zie de algemene tekst over VACCINATIES.
- In specifieke omstandigheden dient ook vaccinatie tegen HONDSVOLHEID te worden overwogen. Pelgrims naar Mekka moeten gevaccineerd zijn tegen MENINGOKOKKEN ACWY MENINGITIS.

Dit alles dient individueel met uw arts of de arts van het reisadviescentrum te worden besproken.

INDIA - SRI LANKA - MALEDIVEN - NEPAL -
BANGLADESH - BOETAN - MYANMAR (BIRMA)

INDIA : Malariakaart India: <http://www.itg.be/ITG/Uploads/MedServ/India2007.pdf>

In India is er kans op malariabesmetting (en ook op de Andaman en Nicobar eilanden), maar **de kans varieert sterk** naargelang de streek, het seizoen en het jaar. Het is onmogelijk om voor het gehele Indische Subcontinent een precieze plaats- en of seizoensopgave te doen over de staten en de regio's met actueel risico, omdat er geen betrouwbare gegevens voorhanden zijn.

Samengevat kunnen we het volgende zeggen:

- Voor de reizigers in India die exclusief in zeer goede omstandigheden de nachten doorbrengen (uitsluitend in luxehotels) volstaan de maatregelen tegen muggensteken 's avonds en 's nachts.
- Voor alle andere reizigers (rugzakreizigers, trip met de nachttrein, trekkings via hostels en lodges, ...) gelden de aanbevelingen ter preventie van malaria zoals besproken in **NOTA 1 & NOTA 2**. Deze aanbevelingen variëren naargelang de bezochte streken:

Malariakaart India: <http://www.itg.be/ITG/Uploads/MedServ/India2007.pdf>

No risk > 2000m	I- variable limited risk (Nota 1)	II- variable elevated risk (Nota 1 & 2)	
1. Jammu & Kashmir	4. Punjab	13. Gujarat	23. Arunachal Pradesh
2. Sikkim	5. Haryana	14. Madhya Pradesh	24. Assam
3. Himachal Pradesh	6. Uttaranchal	15. Chhatisgarh	25. Nagaland
	7. Rajasthan	16. Jharkhand	26. Manipur
	8. Uttar Pradesh	17. Orissa	27. Tripura
	9. Bihar	18. Maharashtra	28. Mizoram
	10. Andhra Pradesh	19. Goa	29. Andaman & Nicobar
	11. Kerla	20. Karnataka	23. Arunachal Pradesh
	12. Tamilnadu	21. Bengale	24. Assam
		22. Meghalaya	

1/ Er is **geen** malariarisico boven de 2000 m in de bergstreken van de noordelijke staten *Kashmir, Jammu, Sikkim en Himachal Pradesh*.

Hier zijn dus geen preventieve maatregelen nodig.

2/ Het risico voor malaria is **laag tot afwezig** in het *centrum van de grote steden*, en is **gemiddeld ook wat lager** in de zuidelijke punt van het Indische continent, met name *ten zuiden van de verbindinglijn tussen Madras, Bangalore en Mangalore*.

Hier geldt voor reizigers die in primitieve omstandigheden de nacht doorbrengen, de preventie zoals beschreven in NOTA 1. (Malarone ®; Lariam ®)

3/ Het risico voor **resistente falciparum malaria** is **hoger** in de noord-oostelijke staten (in de *Assam* regio gelegen tussen Bangladesh, China en Myanmar), op de *Andaman- en Nicobar-eilanden*, en in de staten *Chhattisgarh*, *Goa*, *Gujarat*, *Jharkhand*, *Karnataka* (met uitzondering van Bangalore), *Madhya Pradesh*, *Maharashtra* (met uitzondering van Mumbai, Nagpur, Nasik en Pune), *Orissa en West-Bengalen* (met uitzondering van Kolkata). Hier geldt de preventie zoals beschreven in NOTA 1 2. (Malarone ®, doxycycline, Lariam ®)

SRI LANKA : Er is **geen malariarisico** in de districten Colombo, Galle, Gampaha (ten noorden van Colombo), Kalutara, & Matara (gelegen ten zuiden van Colombo), noch in het centraal gelegen district Nuwara Eliya

(www.malariajournal.com/content/2/1/22 figuur 1 & 2). Maatregelen om zich te beschermen tegen muggensteken 's avonds en 's nachts zijn hier voldoende. Bij koorts moet men ook wel aan de mogelijkheid van malaria denken.

In de rest van het land in de gebieden beneden de 800 m, en het gaat hier dus om het grootste deel van het grondgebied, is er een **wisselend maar relatief laag malariarisico**, en volstaan de maatregelen tegen muggensteken 's avonds en 's nachts voor reizigers die in zeer goede omstandigheden de nachten doorbrengen (uitsluitend luxehotels); maar voor de andere reizigers gelden de aanbevelingen ter preventie van malaria besproken in **NOTA 1**. Bij koorts ook steeds aan de mogelijkheid van malaria denken.

http://www.searo.who.int/EN/Section10/Section21/Section340_4015.htm → Sri Lanka

MALEDIVEN : Er is geen malariarisico.

NEPAL : Er is enkel malariarisico (overwegend vivaxmalaria) in de rurale gebieden van de Terai, dit zijn de zuidelijke provincies in de smalle grensstrook met Indië, die lager dan 1200 m liggen. Occasioneel zijn er nog epidemiën met *Plasmodium falciparum* malaria, tussen juli tot oktober. Ook het risico voor vivaxmalaria is seizoensgebonden. In de rest van Nepal is er geen malariarisico, en dus ook niet in de hoofdstad Kathmandu. Voor reizigers die in primitieve omstandigheden de nachten doorbrengen in de malariagebieden in de Terai, vooral in de grensgebieden met India, gelden de aanbevelingen ter preventie van malaria van **NOTA 1**.

http://www.searo.who.int/EN/Section10/Section21/Section340_4015.htm → Nepal

BANGLADESH : In Bangladesh is er kans voor malariabesmetting. Er is echter **geen of uiterst laag** malaria risico in de grote steden (zoals in Dakka, de hoofdstad, en Chittagong), en hier volstaan de maatregelen om zich te beschermen tegen muggensteken 's avonds en 's nachts. Bij koorts ook steeds aan de mogelijkheid van

malaria denken.

Het malariarisico **zeer groot** in de “Chittagong Hill Tract districts”, de grensdistricten in het noorden en het oosten, gelegen langsheen de grens met de Assam-regio van India en de grens met Myanmar (Birma), vooral in de bosrijke regio's en in de uitlopers van het gebergte (met name in Sylhet, Moulavibazar, Habiganj, Sunaganj, Netrokona, Mymensingh, Sherpur, Kurigram, Cox's Bazar, Bandarban, Rangamati, Chittagong, Khagrachar) en hier gelden de aanbevelingen ter preventie van malaria besproken in **NOTA 1 2**-(er is belangrijke resistentie gesignaleerd tegen Nivaquine). In de rest van Bangladesh (dus buiten de hoofdstad Dhakka en de genoemde grensprovincies) is er een **wisselend** risico. Voor reizigers die in zeer goede omstandigheden de nachten doorbrengen (uitsluitend luxehotels) kunnen maatregelen tegen muggensteken 's avonds en 's nachts volstaan. Bij koorts ook steeds aan de mogelijkheid van malaria denken. Voor de overige reizigers in deze gebieden gelden **NOTA 2 1**.

http://www.searo.who.int/EN/Section10/Section21/Section340_4015.htm → Bangladesh

BOETAN : Er is geen malaria in de gebieden gelegen boven de 1700 meter, en dus ook niet in de hoofdstad Thimbu. Er is enkel malariarisico in de landelijke gebieden van een vijftal zuidelijke districten beneden de 1700 m, grenzend aan India, (Chhukha, Samchi, Samdrup Jongkhar, Geylegphug en Shemgang). Hier gelden de aanbevelingen zoals besproken in **NOTA 1 2**.

http://www.searo.who.int/EN/Section10/Section21/Section340_4015.htm → Bhutan

MYANMAR (BIRMA) : Er is **geen** malariarisico in de steden Yangon (Rangoon) en Mandaley. Er is **wisselend** malariarisico in de gebieden lager gelegen dan 1000 m

- voor reizigers die in de grote toeristische plaatsen in zeer goede omstandigheden de nachten doorbrengen (exclusief in luxehotels) volstaan de maatregelen tegen muggensteken 's avonds en 's nachts (en bij koorts ook aan malaria denken);
- voor de andere reizigers zijn bijkomende maatregelen aangewezen volgens het risicogebied:
 - a) het ganse jaar in de staat Karen (Kayin), aan de grens met Thailand (**NOTA 2**)
 - b) seizoensgebonden risico :
 - van maart tot december : in de oostelijk gelegen staten Kachin, Kayah, Shan, gelden de maatregelen besproken in **NOTA 2**; in andere staten Chin, Mmon, Rakhine, en de provincies Pegu, Hlegu en Hmawbi, en de gemeenten van Taikkyi van de provincie Yangon (vroeger Rangoon) gelden de maatregelen besproken in **NOTA 1**
 - van april tot december in de rurale gebieden van provincie Tenasserim (**NOTA 1**)
 - van mei tot december in Irrawaddy Div. en de landelijke gebieden van provincie Mandalay. In deze veelbezochte gebieden in de centrale vlakte tussen Mandalay en Yangon (Rangoon), bevoeid door de Irrawady-rivier, is

het risico voor malaria erg laag, vooral in de oostelijke kant. Hier volstaan antimugmaatregelen bij verblijf in goede omstandigheden.

- van juni tot november in de landelijke gebieden van de provincies Magwe en Sagaing. (NOTA 1)

Overigens is er in oostelijke helft van het land belangrijke Lariam® resistentie, zodat hier Malarone® of doxycycline aangewezen zijn

(CDC 2010 <http://wwwnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2010/chapter-2/malaria.aspx>).

http://www.searo.who.int/EN/Section10/Section21/Section340_4015.htm. → Myanmar

MALARIAPREVENTIE

Maatregelen om zich te beschermen tegen muggensteken 's avonds en 's nachts zijn steeds essentieel om zich tegen mogelijke malaria te beschermen. Personen die overdag een malariagebied bezoeken en die 's avonds in goede hotels verblijven, lopen geen risico, en moeten geen malariatabletten innemen, maar ze dienen steeds een muggenrepellent (muggenwerend product voor de huid) op zak te hebben, in geval ze niet op tijd in het hotel kunnen zijn 's avonds, bijvoorbeeld omwille van problemen zoals ziekte, panne enz. Ook bij een trip in de vroege ochtend, 's avonds of 's nachts dient men de muggenrepellent (muggenwerend product voor de huid) overvloedig aan te brengen. Bij reizen van het avontuurlijke type op het platteland die in primitieve omstandigheden overnachten is het bovendien aan te raden het muggennet te impregneren met permethrine of deltamethrine, een scheikundige stof waardoor er een extra muggenafstotend en muggendodend effect bekomen wordt en is de inname van malariatabletten steeds nodig.

*NB. In vele gebieden in Azië (<http://www.dtg.org/21.0.html>) kan (ook voor avontuurlijke reizigers) na uitgebreid informatief gesprek met een **gespecialiseerde arts**, met zorgvuldige evaluatie van het malariarisico in functie van de verblijfsmodaliteiten, toch besloten worden tot het achterwege laten van de chemoprophylaxe, mits strikte maatregelen tegen muggenbeten van zonsondergang tot zonsopgang, en het meenemen van een malaria-noodbehandeling (Malarone®), met begeleidende instructies.*

NOTA 1

MALARONE® (1 tablet per dag vanaf 1 dag voor vertrek tot 7 dagen na terugkeer), OF **DOXYCYCLINE** (1 tablet per dag vanaf 1 dag voor vertrek tot 4 weken na terugkeer; soms kan een tolerantietest van enkele dagen aangewezen zijn), OF **LARIAM®** (1 tablet éénmaal per week, vanaf enkele weken voor vertrek tot 4 weken na terugkeer) zijn de eerste keuze antimalariageneesmiddelen. Om een werkzame hoeveelheid **LARIAM®** in het bloed te hebben bij aankomst in het malariagebied, start men dit product best steeds 2 tot 3 weken voor vertrek. Personen die dit product nog nooit eerder ingenomen hebben, moeten in elk geval 2-3 weken op voorhand gestart zijn, om eventuele nevenwerkingen op te vangen (duizeligheid, slapeloosheid, nachtmerries, opwinding, onverklaarbare angst, hartkloppingen). Lariam wordt niet voorgeschreven indien de arts oordeelt dat er tegenindicaties bestaan (zwangerschapswens, eerste zwangerschapstrimester, epilepsie, depressie, of hartritmestoornissen waarvoor bepaalde geneesmiddelen zoals bètablokkers, calciumantagonisten of digitalis worden ingenomen) of tenzij u bij een vroegere gelegenheid dit geneesmiddel niet hebt verdragen. U neemt het geneesmiddel verder tot 4 weken na thuiskomst. Indien Lariam goed verdragen wordt, kan het indien nodig gedurende vele maanden en zelfs jaren

worden ingenomen.

Voor een korte reis is de inname van het meestal zeer goed verdragen **MALARONE®** een uitstekende keuze. Malarone mag ook vele maanden ingenomen worden, maar de kostprijs loopt dan wel snel erg hoog op.

DOXYCYCLINE (100 mg per dag, te starten de dag voor vertrek, en in te nemen tot 4 weken na thuiskomst). Doxycycline moet zittend worden ingenomen met veel vloeistof of tijdens de maaltijd. Doxycycline kan soms aanleiding geven tot fototoxiciteit en schimmelinfecties in de mond of genitaliën. Doxycycline mag meerdere maanden worden ingenomen.

Dit alles dient individueel met de arts of de arts van het reisadviescentrum besproken te worden.

NOTA 2

MALARONE® (1 tablet per dag vanaf 1 dag voor vertrek tot 7 dagen na terugkeer) OF

DOXYCYCLINE 100 mg per dag, te starten de dag voor vertrek, en in te nemen tot 4 weken na thuiskomst. Doxycycline moet zittend worden ingenomen met veel vloeistof of tijdens de maaltijd.

Doxycycline kan soms aanleiding geven tot fototoxiciteit en schimmelinfecties in de mond of genitaliën. Doxycycline mag verschillende maanden worden ingenomen.

DIARREE

DIARREE is een frequent probleem op reis. Zelfs wanneer men in goede omstandigheden reist, ontsnapt men er niet steeds aan. Enkele raadgevingen en de juiste geneesmiddelen in de reisapotheek zijn zeer nuttig.

Raadpleeg in elk geval de tekst over reizigersdiarree. Daar worden de maatregelen besproken om diarree te voorkomen, en indien nodig correct te behandelen.

DENGUE

In Azië komt vrij veel Dengue-koorts voor; sinds enkele jaren zijn er ook Chikungunya-epidemiën. Preventie = antimugmaatregelen toepassen overdag.

Raadpleeg in elk geval de tekst over dengue. Meer info: zie www.itg.be – www.reisgeneeskunde.be & consulteer de wereldkaart www.who.int/ith → “disease distribution maps”

VACCINATIES

- Er is geen enkele vaccinatie echt verplicht.
- GELE KOORTS vaccinatie is niet vereist indien u vanuit België vertrekt. Gele koorts komt hier nergens voor. Indien u vanuit een ander land afreist, waar gele koorts kan voorkomen (Afrika, Zuid-Amerika, zie (<http://www.who.int/ith/en/index.html> → DISEASE DISTRIBUTION MAPS) dient u voor India, Sri Lanka, Bangladesh, Nepal, Boetan, Malediven wel gevaccineerd te zijn, en dit vanaf de leeftijd van 1 jaar (voor Indië vanaf 6 maanden).
- Op reis gaan is verder een ideale gelegenheid om zich in orde te stellen met de TETANOS-, DIFTERIE-, KINKHOEST-, MAZELEN- en POLIOVACCINATIE.
- Iedereen die naar Azië reist, ongeacht de duur en de omstandigheden, moet tegen

HEPATITIS A beschermd te zijn. Indien men in minder goede hygiënische omstandigheden reist, frequent of langdurig (bijvoorbeeld vanaf 2 - 3 weken) in het buitenland verblijft (zelfs indien in goede hygiënische omstandigheden) is ook vaccinatie tegen BUIKTYFUS aangeraden. In vele omstandigheden is vaccinatie tegen HEPATITIS B een aanrader.

Voor verdere details zie de algemene tekst over VACCINATIES.

- Personen die minstens 4 weken op avontuurlijke wijze rondtrekken doorheen het platteland of ginds voor langere tijd gaan wonen dienen vaccinatie tegen JAPANSE ENCEFALITIS en HONDSOLHEID te overwegen.

Dit alles dient individueel met uw arts of de arts van het reisadviescentrum te worden besproken.

BRUNEI – FILIPIJNEN - INDONESIE - MALEISIE – SINGAPORE – THAILAND – OOST TIMOR - OCEANIE

THAILAND : Er is **geen malariarisico** in Bangkok en in de andere grote steden noch in de voornaamste toeristische oorden, dus ook niet in Chiang Mai, Chiang Rai, Pattaya en de eilanden Phuket & Ko Phi Phi, Ko Samui of Ko Samet.

Het malariarisico is verder **zeer klein** in praktisch alle toeristische plaatsen, ook aan de Kwai-rivier en op het eiland Ko Phangan; er is wel een gering risico op de oostelijk gelegen eilanden Ko Chang, Ko Mak, Ko Kut; maatregelen om zich te beschermen tegen muggensteken tussen zonsondergang en zonsopgang zijn zeker voldoende wanneer men in goede omstandigheden reist in het gebied van de Kwai Rivier en op de genoemde eilanden. Voor de overgrote meerderheid van de toeristische reizen dient men dus geen malariatabletten in te nemen, maar het is aangeraden om steeds een muggenrepellent (muggenwerend product voor de huid) op zak te hebben voor 's avonds of in de vroege ochtend. Inname van tabletten is dus evenmin nodig indien er in een malariagebied enkel daguitstappen naar de jungle worden gemaakt en men 's avonds in goede hotels verblijft (zoals b.v. voor een verblijf in Chiang Mai en Chiang Rai en hun onmiddellijke omgeving). Bij koorts dient men ook steeds aan de mogelijkheid van malaria te denken.

Voor personen die vanuit Chiang Mai en Chiang Rai een georganiseerde voettocht maken naar de bergstammen met 1 of meer overnachtingen ter plaatse of reizigers die op de oostelijk gelegen eilandjes Ko Chang, Ko Mak en Ko Kut overnachten in primitieve avontuurlijke omstandigheden is de inname van malariatabletten aangeraden : zie **NOTA 2**, Malarone ® of doxycycline.

Er is verder **wel malariarisico** het hele jaar door in verschillende landelijke beboste gebieden in het hele land, maar vooral in de grensprovincies (ook die in het uiterste zuiden). In de noordelijke grensgebieden met Myanmar (vooral vanaf de provincie Tak), en aan de grens met Cambodja (vooral in de provincie Trat) kan er **plaatselijk een zeer hoog malariarisico** bestaan. Verder is er in praktisch alle grensgebieden met Myanmar (Birma) en Cambodja belangrijke resistentie tegen Lariam® (CDC 2008 2010 - <http://wwwnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2010/chapter-2/malaria.aspx>). Voor een verblijf met 1 of meer overnachtingen in avontuurlijke primitieve omstandigheden op het platteland in deze gebieden is de inname van malariatabletten aangeraden: zie **NOTA 2**, Malarone ® of doxycycline.

http://www.searo.who.int/EN/Section10/Section21/Section340_4015.htm → Thailand

MALEISIE : Er is **geen malariarisico** in de kustgebieden, de steden en in de meeste andere toeristische gebieden. Er is enkel malariarisico in afgelegen haarden diep in het binnenland.

Indien men uitsluitend in de steden overnacht, of indien het om een goed georganiseerde toeristische reis gaat met verblijf in luxehotels, zijn de maatregelen om zich te beschermen tegen muggensteken 's avonds en 's nachts hier zeker voldoende, ook indien er enkel daguitstappen naar de jungle worden gemaakt, (maar hier is het aangeraden om steeds een muggenwerend product op zak te hebben voor 's avonds of in de vroege ochtend.) Bij koorts ook steeds aan de mogelijkheid van malaria denken.

Er is **wel malariarisico** (maar eerder laag) in geval van avontuurlijke reizen met 2 of meer overnachtingen in primitieve omstandigheden in de jungle van het binnenland: in de provincies Sarawak en Sabah (op het eiland Borneo) en in de provincies Kelantan, Perak en Pahang (op het schiereiland Malakka; en ook in het Taman Negara National Park, maar niet in de toeristische trekpleisters van de Cameron Highlands) gelden de aanbevelingen beschreven in **NOTA 1**.

INDONESIE : Er is **geen malariarisico** in de grote steden van alle Indonesische eilanden, behalve in het westelijk deel van Nieuw-Guinea. Indien men dus enkel in die grote steden verblijft, zijn er geen extra maatregelen nodig naast de eventuele bescherming tegen muggensteken 's avonds en 's nachts. Er is vrijwel geen malariarisico in de toeristische gebieden (WHO: “tourist resorts”) op Java (uitzondering Borobodur tempelcomplex), Bali en Zuid West Sulawesi.

Er is **malariarisico** het hele jaar door in alle regionen van de 5 oostelijke provincies East Nusa Tenggara, Maluku, North Maluku, Papua en West Papua. In de rest van Indonesië is er **wisselend malariarisico** in sommige districten. Voor een goed georganiseerde toeristische reis met overnachting uitsluitend in luxehotels, zijn de maatregelen om zich te beschermen tegen muggensteken 's avonds en 's nachts essentieel én voldoende als bescherming tegen malaria. Bij koorts moet men steeds ook direct aan malaria denken. Voor mensen die in meer primitieve omstandigheden op het platteland overnachten, is het aan te raden een geïmpregneerd muggennet te gebruiken, en is bovendien de inname van preventieve geneesmiddelen nodig (zie **NOTA 1**).

In een aantal omstandigheden is het **malariarisico groter** en is steeds de inname van preventieve geneesmiddelen nodig (**NOTA 1**) :

- (1) voor een verblijf van gelijk welke duur in Irian Jaya (westelijk deel van Nieuw Guinea)
- (2) voor risicovolle avontuurlijke reizen in primitieve omstandigheden in afgelegen gebieden op Sumatra, Lombok, of op de oostelijk gelegen eilanden zoals Kilamantan (op Borneo), Flores, Molukken, Noord-Celebes, Timor en andere.

http://www.searo.who.int/EN/Section10/Section21/Section340_4015.htm → Indonesia

FILIPPIJNEN : Er is **geen** malariarisico in Manilla en in de andere stedelijke gebieden, op de eilanden Aklan, Albay, Benguet, Bilaran, Bohol, Camiguin, Capiz, Catanduanes, Cavite, Cebu, Guimaras, Iloilo, Northern & Southern Leyte, Marinduque, Masbate, Eastern & Western & Northern Samar, Sequijor, Sorsogon, Surigao Del Norte, en verder ook niet in de vlakten noch in de gebieden gelegen boven de 600 m.

Op de overige eilanden (dus ook Luzon) is er een **wisselend** malariarisico: indien men een goed georganiseerde toeristische reis onderneemt, met overnachtingen uitsluitend in luxehotels, zijn de maatregelen om zich te beschermen tegen muggensteken 's avonds en 's nachts essentieel én voldoende als bescherming tegen malaria (bij koorts ook steeds aan de mogelijkheid van malaria denken); enkel voor de andere reizigers gelden voor een verblijf op het platteland volgende aanbevelingen : zie **NOTA 1**.

http://hdr.undp.org/docs/publications/background_papers/2003/Philippines/Philippines_2003_Annex_1.pdf

OOST-TIMOR : zie **NOTA 1**

http://www.searo.who.int/EN/Section10/Section21/Section340_4015.htm → Timor Leste

PAPUA NIEUW GUINEA: Er is belangrijk malariarisico in alle gebieden lager dan 1800 m. Zie **NOTA 1**.

MELANESIE :

- **VANUATU** er is belangrijk malaria risico, uitzondering is het Futuna eiland. Zie **NOTA 1**.
- **SOLOMON EILANDEN** er is belangrijk malaria risico op de meeste eilanden met uitzondering van enkele eilanden in het oosten en het zuiden. Zie **NOTA 1**.
- Er is geen malariarisico in **BRUNEI** (eiland Borneo), in **SINGAPORE**, noch op de rest van **DE EILANDEN IN DE STILLE OCEAAN, AUSTRALIE, NIEUW ZEELAND**.

MALARIAPREVENTIE

Maatregelen om zich te beschermen tegen muggensteken 's avonds en 's nachts zijn steeds essentieel om zich tegen mogelijke malaria te beschermen. Personen die overdag een malariagebied bezoeken en die 's avonds in goede hotels verblijven, lopen geen risico, en moeten geen malariatabletten innemen, maar ze dienen steeds een muggenrepellent (muggenwerend product voor de huid) op zak te hebben, in geval ze niet op tijd in het hotel kunnen zijn 's avonds, bijvoorbeeld omwille van problemen zoals ziekte, panne enz. Ook bij een trip of een safari in de vroege ochtend, 's avonds of 's nachts dient men de muggenrepellent (muggenwerend product voor de huid) overvloedig aan te brengen. Bij reizen van het avontuurlijke type op het platteland die in primitieve omstandigheden overnachten is het bovendien aan te raden het muggennet te impregneren met permethrine of deltamethrine, een scheikundige stof waardoor er een extra muggenafstotend en

muggendodend effect bekomen wordt en is de inname van malariatabletten nodig :

*NB. In vele gebieden in Azië (<http://www.dtg.org/21.0.html>) kan voor avontuurlijke reizigers, na uitgebreid informatief gesprek met een **gespecialiseerde arts**, met zorgvuldige evaluatie van het malariarisico in functie van de verblijfsmodaliteiten, toch besloten worden tot het achterwege laten van de chemoprophylaxe (ook voor avontuurlijke reizigers), mits strikte maatregelen tegen muggenbeten van zonsondergang tot zonsopgang, en het meenemen van een malaria-noodbehandeling (Malarone®), met begeleidende instructies.*

NOTA 1

MALARONE® (1 tablet per dag vanaf 1 dag voor vertrek tot 7 dagen na terugkeer),

OF

DOXYCYCLINE (1 tablet per dag vanaf 1 dag voor vertrek tot 4 weken na terugkeer; soms kan een tolerantietest van enkele dagen aangewezen zijn), OF

LARIAM® (1 tablet éénmaal per week, vanaf enkele weken voor vertrek tot 4 weken na terugkeer) zijn de eerste keuze antimalariageneesmiddelen.

Om een werkzame hoeveelheid **LARIAM** in het bloed te hebben bij aankomst in het malariagebied, start men dit product best steeds 2 tot 3 weken voor vertrek. Personen die dit product nog nooit eerder ingenomen hebben, moeten in elk geval 2-3 weken op voorhand gestart zijn, om eventuele nevenwerkingen op te vangen (duizeligheid, slapeeloesheid, nachtmerries, opwinding, onverklaarbare angst, hartkloppingen). Lariam wordt niet voorgeschreven indien de arts oordeelt dat er tegenindicaties bestaan (zwangerschapswens, eerste zwangerschapstrimester, epilepsie, depressie, of hartritmestoornissen waarvoor bepaalde geneesmiddelen zoals bètablokkers, calciumantagonisten of digitalis worden ingenomen) of tenzij u bij een vroegere gelegenheid dit geneesmiddel niet hebt verdragen. U neemt het geneesmiddel verder tot 4 weken na thuiskomst. Indien Lariam goed verdragen wordt, kan het indien nodig gedurende vele maanden en zelfs jaren worden ingenomen.

Voor een korte reis is de inname van het meestal zeer goed verdragen **MALARONE** een uitstekende keuze. Malarone mag vele maanden ingenomen worden, maar de kostprijs loopt dan wel snel erg hoog op.

DOXYCYCLINE (100 mg per dag, te starten de dag voor vertrek, en in te nemen tot 4 weken na thuiskomst). Doxycycline moet zittend worden ingenomen met veel vloeistof of tijdens de maaltijd. Doxycycline kan soms aanleiding geven tot fototoxiciteit en schimmelinfecties in de mond of genitaliën. Doxycycline mag meerdere maanden worden ingenomen.

In Thailand is men verder overal in staat om snel en betrouwbaar de diagnose van malaria te stellen en op correcte wijze te behandelen.

Dit alles dient individueel met de arts of de arts van het reisadviescentrum besproken te worden.

NOTA 2

MALARONE® (1 tablet per dag vanaf 1 dag voor vertrek tot 7 dagen na terugkeer)

OF

DOXYCYCLINE 100 mg per dag, te starten de dag voor vertrek (soms kan een tolerantietest van enkele dagen aangewezen zijn), en in te nemen tot 4 weken na thuiskomst. Doxycycline moet zittend worden ingenomen met veel vloeistof of tijdens de maaltijd. Doxycycline kan soms aanleiding

geven tot fototoxiciteit en schimmelinfecties in de mond of genitaliën. Doxycycline mag verschillende maanden worden ingenomen.

DIARREE

DIARREE is een frequent probleem op reis. Zelfs wanneer men in goede omstandigheden reist, ontsnapt men er niet steeds aan. Enkele raadgevingen en de juiste geneesmiddelen in de reisapotheek zijn zeer nuttig.

Raadpleeg in elk geval de tekst over reizigersdiarree. Daar worden de maatregelen besproken om diarree te voorkomen, en indien nodig correct te behandelen.

DENGUE

In Azië komt vrij veel Dengue-koorts voor; sinds enkele jaren zijn er ook Chikungunya-epidemiën. Preventie = antimugmaatregelen toepassen overdag.

Raadpleeg in elk geval de tekst over dengue. Meer info: zie www.itg.be – www.reisgeneeskunde.be & consulteer de wereldkaart www.who.int/ith → “disease distribution maps”

VACCINATIES

- Er is geen enkele vaccinatie echt verplicht.
 - GELE KOORTS vaccinatie is niet vereist indien u vanuit België vertrekt. Gele koorts komt hier nergens voor. Indien u vanuit een ander land afreist, waar gele koorts kan voorkomen (Afrika, Zuid-Amerika, zie <http://www.who.int/ith/en/index.html> → DISEASE DISTRIBUTION MAPS), dient u voor Maleisië, Oost-Timor, Papua Nieuw Guinea, Brunei en Singapore wel gevaccineerd te zijn, en dit vanaf de leeftijd van 1 jaar; en voor Thailand en Indonesië vanaf de leeftijd van 9 maanden.
 - Op reis gaan is verder een ideale gelegenheid om zich in orde te stellen met de TETANOS-, DIFTERIE-, KINKHOEST-, MAZELEN- en POLIOVACCINATIE.
 - Iedereen die naar Azië reist, ongeacht de duur en de omstandigheden, moet tegen HEPATITIS A beschermd te zijn. Indien men in minder goede hygiënische omstandigheden reist, frequent of langdurig (bijvoorbeeld vanaf 2 - 3 weken) in het buitenland verblijft (zelfs indien in goede hygiënische omstandigheden) is ook vaccinatie tegen BUIKTYFUS aangeraden. In vele omstandigheden is vaccinatie tegen HEPATITIS B een aanrader.
- Voor verdere details zie de algemene tekst over VACCINATIES.
- Personen die minstens 4 weken op avontuurlijke wijze rondtrekken doorheen het platteland of ginds voor langere tijd gaan wonen dienen vaccinatie tegen JAPANSE ENCEFALITIS en HONDSVOLLEHEID te overwegen.

Dit alles dient individueel met uw arts of de arts van het reisadviescentrum te worden besproken.

CHINA - CAMBODJA - JAPAN - KOREA - LAOS - MONGOLIE - VIETNAM

CHINA : Er is geen malariarisico in de grote steden en ook niet boven de 1500 meter. In de toeristische gebieden van China is het malariarisico uiterst gering tot onbestaande. De laatste jaren is het risico voor malaria in China drastisch verminderd. Voor de gewone toeristen zijn er in het algemeen geen maatregelen nodig, ook niet voor trekkers langsheen de zijderoute of voor een cruise op de Yangtze rivier. Op het platteland in het gebied ten zuiden van de 33st breedtegraad zijn de maatregelen om zich te beschermen tegen muggensteken 's avonds en 's nachts zeker voldoende.

Informatie voor de avontuurlijke reiziger :

- Er is helemaal geen malariarisico in de noordelijk gelegen provincies: Heilongjiang, Jilin, Nei Monggol, Beijing, Shanxi, Ningxia, Qinghai, noch in de westelijk gelegen provincies Gansu, Xinjiang (behalve in de vallei langsheen de Yili rivier), en Xizang (behalve een haard in het uiterste zuidoosten in de vallei van de Zangbo rivier, tegen de grens met Myanmar).Maatregelen tegen muggenbeten volstaan.
- In een aantal zuidelijke regio's in de provincie **Yunnan** (in het uiterste zuiden van China, in het grensgebied met Laos-Vietnam-Myanmar (Birma)) en in aantal een zuidelijke regio's op het eiland **Hainan** is er het ganse jaar door malariarisico, maar enkel in de gebieden lager dan 1500 m én buiten de steden. Bij een avontuurlijk verblijf op het platteland gelden de maatregelen voor de preventie van malaria besproken in **NOTA 2**.
- Er is verder wisselend doch beperkt malariarisico in het overige deel van het zuidoosten van China, maar enkel in afgelegen gebieden beneden 1500 meter, buiten de steden en buiten de dichtbevolkte gebieden en de toeristische routes (haarden in een enkele centrale en zuidelijke provincies, o.a. Anhui, Henan, Hubei, Ghuizhou en Jiangsu).Het gaat hier enkel over *P. vivax* malaria.
 - boven de 33° noorderbreedtegraad : van juli tot november,
 - tussen 33 en 25° noorderbreedtegraad : van mei tot december.
 - beneden de 25° noorderbreedtegraad, met name in de provincie Guanxi is er het hele jaar door malaria.

In deze gebieden gelden voor personen die in ruraal gebied in primitieve omstandigheden overnachten de aanbevelingen voor de preventie van malaria besproken in NOTA 1.

CAMBODJA : http://www.wpro.who.int/sites/mvp/data/mal_10.htm

<http://www.cambodia.net/malaria> → malaria area map

Er is malariarisico in het ganse land, behalve in de volgende gebieden, waar het risico zo **goed als afwezig** is:

- in de hoofdstad Phnom Penh, en de omgeving;
- stroomafwaarts vanaf Phnom Penh langs de Mekong rivier en de grote zijrivier Tonle Bassac (tot aan de grens met Vietnam)

- stroomopwaarts vanaf Phnom Penh langs de rivier Tonle Sap, tot en met het meer Tonle Sap, en de onmiddellijke omgeving errond.
- in Siem-Riepville zelf is er geen of zeer laag risico, en ook in de site van Angkor Wat is het malariarisico verwaarloosbaar geworden;
- in de meeste provincie-hoofdsteden (uitzonderingen zijn: Prey Vihar, Rattanakiri, Mondolkiri, waar er **wel risico** is)
- **Er is laag risico** aan de kust: dus ook 's avonds en 's nachts op de stranden zoals te Kep en Sihanoukville en op de eilanden voor de kust (Ko Kong - Ko Rung - Ko Rung Sanloem)

Voor de goed georganiseerde reizen met overnachting uitsluitend in luxehotels, volstaan dus de maatregelen ter preventie van muggensteken, en is geen inname van malariapillen nodig. Bij koorts dient ook steeds aan malaria te worden gedacht. In de andere gevallen gelden de maatregelen voor de preventie van malaria : zie **NOTA 2**.

In de westelijke provincies van Cambodja, grenzend aan Thailand, is er Lariamresistentie (en “tolerantie”, verminderde werkzaamheid, voor artemisinine is er beschreven): voor de beschermende maatregelen zie **NOTA 3** (CDC 2010 <http://wwwnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2010/chapter-2/malaria.aspx>).

JAPAN er is geen malaria

KOREA: er is enkel een zeer beperkt risico – uitsluitend onder de vorm van de goedaardig verlopende P. vivax malaria – in afgelegen haarden in het noorden van Zuid-Korea (Republiek Korea) (ten noordwesten van de Imjin-rivier in de noordelijke grensprovincies Kyunggi-do en Gangwon-Do) en in de aanpalende gebieden in het zuiden van Noord-Korea (Democratische volksrepubliek Korea): er is geen chemoprohylaxe nodig, zonodig muggenbescherming.

http://www.searo.who.int/EN/Section10/Section21/Section340_4015.htm → Korea

LAOS :

Er is geen malariarisico in de hoofdstad Vientiane, en het risico is laag in de stad Luang Prabang. Voor de meeste georganiseerde reizen met overnachting uitsluitend in luxe-hotels, volstaan dus de maatregelen ter preventie van muggensteken, en is geen inname van malariapillen nodig. Bij koorts moet men ook steeds aan de mogelijkheid van malaria denken. Verder is er malariarisico in het ganse land, en gelden de aanbevelingen besproken onder **NOTA 2**.

MONGOLIE : Er is geen malaria

VIETNAM :

- Er is malariarisico in het ganse land, maar **niet** in grote steden zoals Hanoi, Danang, Nha Trang, Ho Chi Minh, enz. en ook niet in de delta van de Rode

Rivier (en een zeer laag risico in de Mekong-delta en op de eilanden Dao Phu Quoc - Dao Tho Chu).

- Er is evenmin risico in de kustvlakten van centraal Vietnam ten noorden vanaf Nha Trang.
- Er is beduidend **malariarisico**
 - (1) in het binnenland ten zuiden van de 18^{de} noorderbreedtegraad op de plateau's en in de heuvelachtige beboste gebieden beneden de 1500 m., vooral in vier centrale hoogland-provincies : Dak Lak, Dak Nong, Gia Lai and Kon Tum
 - (2) In de Binh Phuoc provincie.
 - (3) In de westelijke gebieden van de kustprovincies Quang Tri, Quang Nam, Ninh Thuan en Khanh Hoa.

Voor een goed georganiseerde reis van stad tot stad zijn dus geen tabletten nodig, maar volstaan de maatregelen om zich te beschermen tegen muggensteken 's avonds en 's nachts (en bij koorts ook aan malaria denken). Voor de andere reizigers gelden de aanbevelingen ter preventie van malaria besproken in **NOTA 2**.

Overigens is er in het centrale deel (tussen de 15^{de} en de 11^{de} Noorderbreedtegraad) tot aan de grens met Cambodja belangrijke Lariam[®] resistentie, zodat hier Malarone[®] of Doxycycline aangewezen is

(CDC 2010 - <http://wwwnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2010/chapter-2/malaria.aspx>).

MALARIAPREVENTIE

Maatregelen om zich te beschermen tegen muggensteken 's avonds en 's nachts zijn steeds essentieel om zich tegen mogelijke malaria te beschermen. Personen die overdag een malariagebied bezoeken en die 's avonds in goede hotels verblijven, lopen geen risico, en moeten geen malariatabletten innemen, maar ze dienen steeds een muggenrepellent (muggenwerend product voor de huid) op zak te hebben, in geval ze niet op tijd in het hotel kunnen zijn 's avonds, bijvoorbeeld omwille van problemen zoals ziekte, panne enz. Ook bij een trip of een safari in de vroege ochtend, 's avonds of 's nacht dient men de muggenrepellent (muggenwerend product voor de huid) overvloedig aan te brengen. Bij reizen van het avontuurlijke type op het platteland die in primitieve omstandigheden overnachten is het bovendien aan te raden het muggennet te impregneren met permethrine of deltamethrine, een scheikundige stof waardoor er een extra muggenafstotend en muggendodend effect bekomen wordt, en is de inname van malariatabletten nodig.

*NB. In vele gebieden in Azië (<http://www.dtg.org/21.0.html>) kanna uitgebreid informatief gesprek met een **gespecialiseerde arts**, met zorgvuldige evaluatie van het malariarisico in functie van de verblijfsmodaliteiten, toch besloten worden tot het achterwege laten van de chemoprophylaxe (ook voor avontuurlijke reizigers), mits strikte maatregelen tegen muggenbeten van zonsondergang tot zonsopgang, en het meenemen van een malaria-noodbehandeling (Malarone[®]), met begeleidende instructies.*

NOTA 1

NIVAQUINE[®] 3 tabletten per week, in éénmaal in te nemen, te starten vanaf 1 week voor vertrek, en door te nemen tot 4 weken na thuiskomst.

NOTA 2

MALARONE[®] (1 tablet per dag vanaf 1 dag voor vertrek tot 7 dagen na terugkeer),

OF

DOXYCYCLINE (1 tablet per dag vanaf 1 dag voor vertrek tot 4 weken na terugkeer; soms kan een tolerantietest van enkele dagen aangewezen zijn), OF **LARIAM**[®] (1 tablet éénmaal per week, vanaf enkele weken voor vertrek tot 4 weken na terugkeer) zijn de eerste keuze antimalariageneesmiddelen.

Om een werkzame hoeveelheid **LARIAM**[®] in het bloed te hebben bij aankomst in het malariagebied, start men dit product best steeds 2 tot 3 weken voor vertrek. Personen die dit product nog nooit eerder ingenomen hebben, moeten in elk geval 2-3 weken op voorhand gestart zijn, om eventuele nevenwerkingen op te vangen (duizeligheid, slapeeloosheid, nachtmerries, opwinding, onverklaarbare angst, hartkloppingen). Lariam wordt niet voorgeschreven indien de arts oordeelt dat er tegenindicaties bestaan (zwangerschapswens, eerste zwangerschapstrimester, epilepsie, depressie, of hartritme stoornissen waarvoor bepaalde geneesmiddelen zoals bètablokkers, calciumantagonisten of digitalis worden ingenomen) of tenzij u bij een vroegere gelegenheid dit geneesmiddel niet hebt verdragen. U neemt het geneesmiddel verder tot 4 weken na thuiskomst. Indien Lariam goed verdragen wordt, kan het indien nodig gedurende vele maanden en zelfs jaren worden ingenomen.

Voor een korte reis is de inname van het meestal zeer goed verdragen **MALARONE**[®] een uitstekende keuze. Malarone mag vele maanden ingenomen, maar de kostprijs loopt dan wel snel erg hoog op.

DOXYCYCLINE (100 mg per dag, te starten de dag voor vertrek, en in te nemen tot 4 weken na thuiskomst). Doxycycline moet zittend worden ingenomen met veel vloeistof of tijdens de maaltijd. Doxycycline kan soms aanleiding geven tot fototoxiciteit en schimmelinfecties in de mond of genitaliën. Doxycycline mag meerdere maanden worden ingenomen.

In Vietnam is men verder op vele plaatsen in staat om snel en betrouwbaar de diagnose van malaria te stellen en op correcte wijze te behandelen.

Dit alles dient individueel met de arts of de arts van het reisadviescentrum besproken te worden.

NOTA 3

MALARONE[®] (1 tablet per dag vanaf 1 dag voor vertrek tot 7 dagen na terugkeer)

OF

DOXYCYCLINE 100 mg per dag, te starten de dag voor vertrek, en in te nemen tot 4 weken na thuiskomst; dient zittend te worden ingenomen, met veel vloeistof of met de maaltijd. Doxycycline kan soms aanleiding geven tot fototoxiciteit en schimmelinfecties van de mond en genitaliën. Dit alles dient individueel met de arts of de arts van het reisadviescentrum besproken te worden.

DIARREE

DIARREE is een frequent probleem op reis.

Zelfs wanneer men in goede omstandigheden reist, ontsnapt men er niet steeds aan. Enkele raadgevingen en de juiste geneesmiddelen in de reisapotheek zijn zeer nuttig. Raadpleeg in elk geval reizigersdiarree. Daar worden de maatregelen besproken om diarree te voorkomen, en indien nodig correct te behandelen.

DENGUE

In Azië komt vrij veel Dengue-koorts voor; sinds enkele jaren zijn er ook Chikungunya-epidemiën. Preventie = antimugmaatregelen toepassen overdag. Raadpleeg in elk geval de tekst over dengue. Meer info: zie www.itg.be – www.reisgeneeskunde.be & consulteer de wereldkaart www.who.int/ith → “disease distribution maps”

VACCINATIES

- Er is geen enkele vaccinatie echt verplicht.
- GELE KOORTS vaccinatie is NIET vereist indien u vanuit België vertrekt. Gele koorts komt hier nergens voor. Indien u vanuit een ander land afreist, waar gele koorts kan voorkomen (Afrika, Zuid-Amerika zie (<http://www.who.int/ith/en/index.html> → DISEASE DISTRIBUTION MAPS), dient u voor China, Cambodja, Laos, Noord-Korea en Vietnam wel gevaccineerd te zijn, en dit vanaf de leeftijd van 1 jaar.
- Op reis gaan is verder een ideale gelegenheid om zich in orde te stellen met de TETANOS-, DIFTERIE-, KINKHOEST-, MAZELEN- en POLIOVACCINATIE.
- Iedereen die naar Azië reist, ongeacht de duur en de omstandigheden, moet tegen HEPATITIS A beschermd te zijn. Indien men in minder goede hygiënische omstandigheden reist, frequent of langdurig (bijvoorbeeld vanaf 2 - 3 weken) in het buitenland verblijft (zelfs indien in goede hygiënische omstandigheden) is ook vaccinatie tegen BUIKTYFUS aangeraden. In vele omstandigheden is vaccinatie tegen HEPATITIS B een aanrader.
Voor verdere details zie VACCINATIES.
- Personen die minstens 4 weken op avontuurlijke wijze rondtrekken doorheen het platteland of ginds voor langere tijd gaan wonen dienen vaccinatie tegen JAPANSE ENCEFALITIS (niet voor Mongolië) en HONDSVOLHEID te overwegen.

Dit alles dient individueel met uw arts of de arts van het reisadviescentrum te worden besproken.

MIDDEN AMERIKA - CARAIBEN

http://www.paho.org/English/HCP/HCT/malaria_PPTindex.htm

BELIZE : Er is geen malariarisico in het centrum van de grote steden. Er heerst malariarisico, nagenoeg uitsluitend door *P. vivax*, in alle districten, maar varieert van streek tot streek. Hoog risico in de districten Toledo en de Stan Creek; matig risico in het district Cayo ~~en Corozal~~ en laag risico in het Belize district, en de districten Corozal en Orange Walk. Er werd geen resistente *P. Falciparum* genoteerd. Bij avontuurlijke reizen buiten het centrum van de grote steden en op het platteland is er malariarisico (vooral in het zuidelijk gedeelte) en gelden de aanbevelingen voor de preventie van malaria besproken in NOTA 1.

CARAIBEN : Er is geen enkel malariarisico, behalve in **HAITI** (zie verder) en (in zeer beperkte mate) in de **DOMINICAANSE REPUBLIEK & JAMAICA – Kingston** (zie verder)

COSTA RICA: Er is geen noemenswaardig malariarisico in een groot deel van het land. Er is geen malariarisico in de gebieden gelegen boven de 500 m, en ook niet in de steden. Gedurende het ganse jaar is er matig risico voor malaria (nagenoeg uitsluitend de goedaardige vivax-malaria) in de provincie Limón met het hoogste risico in de cantons Matina. Verwaarloosbaar tot geen risico in de andere cantons van het land. Hier gelden enkel voor een avontuurlijk verblijf op het platteland de aanbevelingen besproken in **NOTA 1**.

CUBA: Er is geen enkel malariarisico.

DOMINICAANSE REPUBLIEK: In het grootste deel van het land is er geen risico voor malaria. Er is een beperkt malariarisico op het platteland. Voor een goed georganiseerde toeristische reis in eerste klasse hotels zijn er geen maatregelen nodig. In de provincies grenzend aan Haïti (vooral in de westelijke provincies Dajabón, Elias Pina en San Juan) is het malariarisico groter. Sporadisch worden er gevallen van *Plasmodium falciparum* malaria gesignaleerd in de provincie Altagracia, zelfs bij reizigers die in goede hotels verbleven (Punta Cana). Extra aandacht voor de antimugmaatregelen van valavond tot zonsopgang is hier aangewezen. Personen die na zonsondergang toch vele uren buiten de hotelzone zullen doorbrengen of nog tot 's avonds laat excursies dieper in het binnenland zullen maken, kunnen overwegen Nivaquine te nemen (zie NOTA 1). Voor een avontuurlijk verblijf op het platteland (in heel het land – maar vooral in de westelijke grensprovincies) dient de toepassing van de aanbevelingen besproken in **NOTA 1** overwogen te worden. In geval van koorts bij terugkeer uit de Dominicaanse Republiek dient ook steeds van bij het begin aan malaria te worden gedacht.

EL SALVADOR: Er is bijna geen malariarisico meer in El Salvador, en zeker niet in de gebieden gelegen boven de 600 m, en ook niet in de grote steden. Enkel in de laaggelegen gebieden van de provincie Santa Ana, aan de grens met Guatemala is er beperkt malariarisico (uitsluitend de goedaardige vivax-malaria); daar gelden voor een avontuurlijk verblijf op het platteland de aanbevelingen ter preventie van malaria besproken in NOTA 1. WHO : alleen antimugmaatregelen

GUATEMALA: Er is geen malariarisico in de hoofdstad, noch in de gebieden gelegen boven de 1500 m. Er is enkel malariarisico (hoofdzakelijk door *P. vivax*, de goedaardige vorm van malaria) in de landelijke laaglandgebieden (beneden 1500 m):

Matig risico in de departementen Escuintla en Izabal er is laag risico in de departementen Alta Verapaz, Baja Verapaz, Chiquimula, Petén, Quiché (Ixcan) en Suchitepéquez.

Enkel bij een avontuurlijk verblijf op het platteland in het noordelijke grensgebied met Mexico en Belize (Petén) gelden de aanbevelingen voor de preventie van malaria besproken in **NOTA 1**.

HAITI : Er is malariarisico (uitsluitend door *P. falciparum*, de gevaarlijke vorm van malaria – nog steeds chloroquinegevoelig tot op heden) het ganse jaar door in het hele land, ook in de kust- en grensgebieden. Het risico is zeer laag in de voornaamste stedelijke wijken van Port-au-Prince.

Hier zijn bij overnachten in primitieve omstandigheden de maatregelen en inname van tabletten nodig zoals besproken in NOTA 1.

HONDURAS: Er is geen malariarisico in de grote steden van Honduras.

- Er is malariarisico door *P. falciparum* (gevaarlijke vorm van malaria) in de landelijke gebieden van de departementen Colón en Gracias a Dios. Het risico is geringer in de departementen Atlantida en Olancho.
- In de landelijke gebieden van de departementen Gracias a Dios is er hoog malariarisico voor *P. vivax* (goedaardige malaria); het risico is matig in de departementen Atlantida, Colon, Islas de la Bahia, Olancho, Valle en Yoro. Hier gelden voor een avontuurlijk verblijf op het platteland de aanbevelingen besproken in **NOTA 1**. In de overige departementen is er een miniem malariarisico. Hier volstaan de maatregelen tegen muggenbeten 's avonds en 's nachts. Bij koorts ook aan malaria denken.

JAMAICA: Dit is een tijdelijke aanbeveling.

Er is sinds eind 2006 zeer beperkt malariarisico in bepaalde wijken van Kingston (St Andrew Parish). Extra aandacht voor de antimugmaatregelen van valavond tot zonsopgang is hier aangewezen. Personen die na zonsondergang toch vele uren buiten zullen doorbrengen, kunnen overwegen Nivaquine te nemen (zie nota 1). In geval van koorts bij terugkeer uit Jamaica dient ook steeds van bij het begin aan malaria te

worden gedacht.

MEXICO: Er is geen malariarisico in de gebieden boven de 1000m en dus ook niet in het district van Mexico stad. In de toeristische gebieden langs de kust van Mexico is het malariarisico ook onbestaande. Voor de overgrote meerderheid van de toeristische reizen dient men dus geen malariatabletten in te nemen.

Er is er matig malariarisico (vivax-malaria), in beperkte haarden in sommige rurale gebieden in de staten Chiapas & Oaxaca; er is verder zeer laag risico in de staten Chihuahua, Durango, Nayarit, Quintana Roo en Sinaloa. Indien men hier in primitieve omstandigheden in rurale gebieden beneden de 1000m overnacht, dan gelden de aanbevelingen ter preventie van malaria besproken in **NOTA 1**.

NICARAGUA: Er is malariarisico het ganse jaar door (overwegend door de goedaardige vivax-malaria) in een aantal gemeenten (de landelijke gebieden, en ook in de buitenwijken van stedelijke gebieden). Het risico is matig tot hoog in de gemeenten Chinandega, León, Managua, Matagalpa, Region Autonoma del Atlántico Norte en Region Autonoma del Atlántico Sur. Hier gelden voor een verblijf in rudimentaire omstandigheden de aanbevelingen ter preventie van malaria besproken in **NOTA 1**.

Er zijn wel sporadisch gevallen genoteerd in de andere gemeenten; maar het risico is er laag tot verwaarloosbaar.

PANAMA: Er is geen malariarisico in de hoofdstad Panama City, noch in de kanaalzone.

In volgende provincies is er een laag malariarisico (99% door de goedaardige Plasmodium vivax vorm) in landelijke gebieden, het ganse jaar door, en enkel hier gelden bij een avontuurlijke reis de aanbevelingen ter preventie van malaria.

- Ten westen van het Panamakanaal, richting Costa Rica (in de provincies *Bocas del Toro (inclus Ngobe Bugle), Chiriqui, Veraguas*, het westelijk deel van *Panama en Colon*) gelden de maatregelen besproken in **NOTA 1**.
- Ten oosten van het Panamakanaal, richting Colombia (in *Darién, San Blas (inclus Embera, Kuna Yala)*, het oostelijk deel van *Panama en Colon*) gelden de maatregelen besproken in **NOTA 2**. Hier werd Chloroquine-resistente Plasmodium falciparum gerapporteerd.

In de overige provincies is het risico afwezig tot zeer laag.

Aanbeveling van WGO betreffende gele koorts vaccinatie: “Vaccinatie tegen gele koorts is aanbevolen voor alle reizigers vanaf de leeftijd van 9 maanden die de volgende risicogebieden bezoeken; de provincie Darien, de regio Kuna Yala (het vroegere San Blas), Oost Panama (inclus de districten Chepo, Chiman en Balboa). Dit geldt niet voor Panama City en het gebied rond het Panamakanaal (de vroegere kanaalzone), noch voor de San Blas eilanden.

Vaccinatie tegen gele koorts is verplicht voor reizigers die vanuit een ander land afreizen, waar gele koorts kan voorkomen (Afrika, Zuid-Amerika).

MALARIAPREVENTIE

Maatregelen om zich te beschermen tegen muggensteken 's avonds en 's nachts zijn steeds essentieel om zich tegen mogelijke malaria te beschermen. Personen die overdag een malariagebied bezoeken en die 's avonds in goede hotels verblijven, lopen geen risico, en moeten geen malariatabletten innemen, maar ze dienen steeds een muggenrepellent (muggenwerend product voor de huid) op zak te hebben, in geval ze niet op tijd in het hotel kunnen zijn 's avonds, bijvoorbeeld omwille van problemen zoals ziekte, panne enz. Ook bij een trip of een safari in de vroege ochtend, 's avonds of in de nacht dient men de muggenrepellent (muggenwerend product voor de huid) overvloedig aan te brengen. Bij reizen van het avontuurlijke type op het platteland met overnachten in primitieve omstandigheden is het bovendien aan te raden het muggennet te impregneren met permethrine of deltamethrine, een scheikundige stof waardoor er een extra muggenafstotend en muggendodend effect bekomen wordt, en is de inname van malariatabletten nodig :

*NB. In vele malariagebieden in Latijns Amerika (<http://www.dtg.org/21.0.html>) kan na uitgebreid informatief gesprek met een **gespecialiseerde arts**, met zorgvuldige evaluatie van het malariarisico in functie van de verblijfsmodaliteiten, toch besloten worden tot het achterwege laten van de chemoprophylaxe (ook voor avontuurlijke reizigers), mits strikte maatregelen tegen muggenbeten van zonsondergang tot zonsopgang, en het meenemen van een malaria-noodbehandeling (Nivaquine®), met begeleidende instructies.*

NOTA 1

NIVAQUINE® 3 tabletten per week, in éénmaal in te nemen, te starten vanaf 1 week voor vertrek, en door te nemen tot 4 weken na thuiskomst.

NOTA 2

MALARONE® (1 tablet per dag vanaf 1 dag voor vertrek tot 7 dagen na terugkeer), OF **DOXYCYCLINE** (1 tablet per dag vanaf 1 dag voor vertrek tot 4 weken na terugkeer; soms kan een tolerantietest van enkele dagen aangewezen zijn), OF **LARIAM®** (1 tablet éénmaal per week, vanaf enkele weken voor vertrek tot 4 weken na terugkeer) zijn de eerste keuze antimalariageneesmiddelen. Om een werkzame hoeveelheid **LARIAM®** in het bloed te hebben bij aankomst in het malariagebied, start men dit product best steeds 2 tot 3 weken voor vertrek. Personen die dit product nog nooit eerder ingenomen hebben, moeten in elk geval 2-3 weken op voorhand gestart zijn, om eventuele nevenwerkingen op te vangen (duizeligheid, slapeloosheid, nachtmerries, opwinding, onverklaarbare angst, hartkloppingen). Lariam wordt niet voorgeschreven indien de arts oordeelt dat er tegenindicaties bestaan (zwangerschapswens, eerste zwangerschapstrimester, epilepsie, depressie, of hartritmestoornissen waarvoor bepaalde geneesmiddelen zoals bètablokkers, calciumantagonisten of digitalis worden ingenomen) of tenzij u bij een vroegere gelegenheid dit geneesmiddel niet hebt verdragen. U neemt het geneesmiddel verder tot 4 weken na thuiskomst. Indien Lariam goed verdragen wordt, kan het indien nodig gedurende vele maanden en zelfs jaren worden ingenomen.

Voor een korte reis is de inname van het meestal zeer goed verdragen **MALARONE**[®] een uitstekende keuze. Malarone mag gerust vele maanden ingenomen worden, maar de kostprijs loopt dan wel snel erg hoog op.

DOXYCYCLINE (100 mg per dag, te starten de dag voor vertrek, en in te nemen tot 4 weken na thuiskomst). Doxycycline moet zittend worden ingenomen met veel vloeistof of tijdens de maaltijd.

Doxycycline kan soms aanleiding geven tot fototoxiciteit en schimmelinfecties in de mond of genitaliën. Doxycycline mag meerdere maanden worden ingenomen.

Dit alles dient individueel met de arts of de arts van het reisadviescentrum besproken te worden.

DIARREE

DIARREE is een frequent probleem op reis. Zelfs wanneer men in goede omstandigheden reist, ontsnapt men er niet steeds aan. Enkele raadgevingen en de juiste geneesmiddelen in de reisapotheek zijn zeer nuttig.

Raadpleeg in elk geval de tekst reizigersdiarree. Daar worden de maatregelen besproken om diarree te voorkomen, en indien nodig correct te behandelen.

DENGUE

In Latijns Amerika komt vrij veel Dengue-koorts voor.

Preventie = antimugmaatregelen toepassen overdag. Raadpleeg in elk geval de tekst over dengue. Meer info: zie www.itg.be – www.reisgeneeskunde.be & consulteer de wereldkaart www.who.int/ith → “disease distribution maps”

VACCINATIES

- GELE KOORTS vaccinatie is NIET vereist indien U vanuit België vertrekt, tenzij bij een bezoek aan Panama voor de provincie Darien, de regio Kuna Yala (het vroegere San Blas), Oost Panama (inclus de districten Chepo, Chiman en Balboa). Dit geldt niet voor Panama City en het gebied rond het Panamakanaal (de vroegere kanaalzone). Omdat vele andere landen Panama als een land beschouwen waar gele koorts daadwerkelijk voorkomt, is het veiliger (en adviseren wij dus) om elke reiziger naar Panama tegen gele koorts te vaccineren, zodat er geen problemen zijn bij het binnenkomen van andere landen. Indien U echter vanuit een ander land afreist, waar gele koorts kan voorkomen (Afrika, Zuid-Amerika, zie: (<http://www.who.int/ith/en/index.html> → DISEASE DISTRIBUTION MAPS), dient U voor Belize, Guatemala, Haïti, Honduras, Nicaragua en Panama wel gevaccineerd te zijn, en dit vanaf de leeftijd van 1 jaar; voor El Salvador vanaf de leeftijd van 6 maanden en voor Costa Rica vanaf de leeftijd van 9 maanden en jonger dan 60 jaar (vrijstelling voor zwangere vrouwen, vrouwen die borstvoeding geven en personen met immunosuppressie).
- Op reis gaan is verder een ideale gelegenheid om zich in orde te stellen met de TETANUS- DIFTERIE- en POLIOVACCINATIE. Deze infectieziekten zijn immers volledig te voorkomen door middel van vaccinatie. Een herhalingsinenting

is tien jaar geldig. voor polio is er levenslange bescherming indien men ooit volledig werd gevaccineerd Poliomyelitis komt sedert enkele jaren niet meer voor op het Amerikaanse continent.

- Iedereen die naar Latijns Amerika reist, ongeacht de duur en de omstandigheden, moet tegen HEPATITIS A beschermd te zijn. Indien men in minder goede hygiënische omstandigheden reist, frequent of langdurig (bijvoorbeeld vanaf 2 - 3 weken) in het buitenland verblijft (zelfs indien in goede hygiënische omstandigheden) is ook vaccinatie tegen BUIKTYFUS aangeraden. In vele omstandigheden is vaccinatie tegen HEPATITIS B een aanrader. Voor verdere details zie de algemene tekst over VACCINATIES.
- Personen die minstens 4 weken op avontuurlijke wijze rondtrekken doorheen het platteland of ginds voor langere tijd gaan wonen dienen vaccinatie tegen HONDSVOLHEID te overwegen.

Dit alles dient individueel met uw arts of met de arts van een reisadviescentrum te worden besproken.

ZIEKTE VAN CHAGAS (OF AMERIKAANSE TRYPANOSOMIASE)

Trekkers doorheen de landelijke gebieden in Latijns Amerika (behalve op de Caraïben) moeten ook alert gemaakt worden op het risico voor een infectie door een éencellige parasiet, Trypanosoma cruzi genaamd. In endemische gebieden zal men zeker niet in primitieve hutjes of in openlucht overnachten. Indien men dit niet kan of wenst te vermijden, en ook indien men in goedkope hotelletjes overnacht, moet men steeds onder een muggennet slapen (best nog met een laken boven het muggennet, om te beletten dat men in contact komt met de neervallende faeces van de triatomen). Best gebruikt men een insecticidenspray indien er dergelijke grote insecten in de kamer zitten (meestal verborgen achter kaders, in laden, of zelfs onder de matras). 's Avonds dient men ook een insectrepellent op de blootgestelde huidgedeelten aan te brengen.

ZUID-AMERIKA

Kaarten: http://www.paho.org/English/HCP/HCT/malaria_PPTindex.htm

ARGENTINIË : In het overgrote deel van Argentinië is er geen enkel risico voor malaria, en zijn dus geen antimalariamaatregelen nodig. - Er is enkel een beperkte kans voor malaria van oktober tot mei in het uiterste noorden van Argentinië en dit enkel in sommige laaggelegen landelijke gebieden (<1200 meter), uitsluitend met de goedaardige vivax-vorm, met name: ← aan de grens met Bolivia, in de provincies Salta (in de vlakten van de departementen Iruya, Oran, San Martin en Santa Victoria) ↑ aan de grens met Paraguay, in de vlakten van de provincies Misiones en Chaco. Hier gelden de maatregelen van NOTA 1.

Aanbeveling van WGO betreffende gele koorts vaccinatie: "vaccinatie tegen gele koorts is strikt aanbevolen voor alle reizigers vanaf de leeftijd van 9 maanden naar de volgende gebieden in Argentinië waar er risico is voor overdracht van het gelekoortsvirus (the northern and north-eastern forested areas of Argentina, including Iguazu Falls and all areas bordering Brazil and Paraguay):

- i) total territory of the federal provinces of Formosa and Misiones;
- ii) specific areas (departments) of the federal province of Chaco (department of Bermejo); the federal province of Corrientes (departments of Berón de Astrada, Capital, General Alvear, General Paz, Itatí, Ituzaingó, Paso de los Libres, San Cosme, San Miguel, San Martín and San Tomé); the federal province of Jujuy (departments of Ledesma, Santa Bárbara, San Pedro and Valle Grande); and the federal province of Salta (departments of Anta, General José de San Martín, Orán and Rivadavia). This recommendation includes visits to Iguazu Falls.

BOLIVIA : Er is geen malaria in de grotere steden en ook niet in de gebieden gelegen boven de 2500 m. Dit betekent concreet dat er geen risico is in de volgende hooggelegen gebieden in het zuidwesten :*in het Oruro Department; *in een aantal provincies in het zuidwestelijk deel van het La Paz Department : met name in de provincies Ingavi, Los Andes, Omasuyos, Pacajes; *in het zuidelijk en centrale deel van het Potosi Department. 1/ Er is Nivaquine-resistente falciparum malaria aan de grens met Brazilië in de noordelijk gelegen departementen Pando en Beni (in een strook van het tropische amazonegebied grenzend aan de Braziliaanse staten Acre en Rondonia, vooral in de plaatsen Cobija, Guayaramerin en Riberalta), waarvoor de aanbevelingen gelden besproken in **NOTA 2**.

↑- Er is wel beperkt tot zeer beperkt malariarisico het ganse jaar door in de gebieden beneden de 2500 m (maar dus niet in het centrum van de grote steden) in de overige gebieden van Bolivia (doch overwegend de goedaardige vivax-malaria) en de antimugmaatregelen volstaan hier. Alleen in de departementen Santa Cruz (ook P. falciparum malaria), Tarija en Chuquisaca in de laaggelegen landelijke gebieden aan de grens met Paraguay en Argentinië, gelden de aanbevelingen besproken in NOTA 1. Bij

koorts ook steeds aan de mogelijkheid van malaria denken.

Aanbeveling van WGO betreffende gele koorts vaccinatie: "vaccinatie tegen gele koorts is strikt aanbevolen voor reizigers die de volgende risicogebieden bezoeken; de provincies Beni, Cochabamba en Santa Cruz en het subtropische gedeelte van de provincie La Paz. Dit geldt niet voor de steden La Paz en Sucre, waar er geen risico voor gele koorts bestaat."

Vaccinatie tegen gele koorts is verplicht voor reizigers die vanuit een ander land afreizen, waar gele koorts kan voorkomen (Afrika, Zuid-Amerika).

BRAZILIE : In vele gebieden van Brazilië is er geen enkel malariarisico.

- Malariarisico is mogelijk in de beboste gebieden beneden de 900 meter van de 9 staten van de "Legal Amazonia Region" : Acre, Amapá, Amazonas, Maranhão (alleen in het westen), Mato Grosso (alleen in het noorden, dus niet in Mato Grosso do Sul), Pará (behalve in de stad Belém), Rondônia, Roraima en in Tocantins (in het westelijk deel, ten noorden van Goiás). Enkel in deze gebieden gelden de maatregelen voor de preventie van malaria besproken in NOTA 2. Er is geen risico in de stad Belem (Pará), maar wél in de rand van de stedelijke gebieden van grote steden zoals Pôrto Velho (Rondônia), Boa Vista (Roraima), Macapá (Amapá), Manaus (Amazonas), Santarém (Pará), Cuiaba (Mato Grosso), Rio Branco & Cruzeiro do Sul (Acre) en Maraba (Pará). Het Pantanal National Parc ligt in laag risicogebied in het zuiden van Mato Grosso, en hier is geen inname van malariatabletten nodig.
- Zoals in het begin reeds gezegd werd, zijn er in de overige gebieden van Brazilië geen maatregelen tegen malaria nodig. Voor een bezoek aan de watervallen "Foz de Iguacu" volstaan de maatregelen om zich te beschermen tegen muggensteken 's avonds en 's nachts.

Aanbeveling van WGO betreffende gele koorts vaccinatie: "vaccinatie tegen gele koorts is strikt aanbevolen voor reizigers vanaf de leeftijd van 9 maanden die de volgende risicogebieden bezoeken; **ganse grondgebied** van de staten Acre, Amapá, Amazonas, Distrito Federal (evenals in de hoofdstad Brasilia), Goiás, Maranhão, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Pará, Rondônia, Roraima en Tocantins, **specifieke gebieden** van de staten Noordwest en West Bahia, Espirito Santo, Zuidwest Piauí, Centraal en West Paraná, Noordwest en West-centraal Rio Grande do Sul, West Santa Catarina et Noord en West São Paulo"

Vaccinatie is strikt aanbevolen voor reizigers die de watervallen van Iguacu bezoeken.

De volledige lijst met gemeenten is beschikbaar op <http://www.saude.gov.br/svs> (Febre Amarela).

Er is geen risico voor gele koorts in de kuststeden Rio de Janeiro, São Paulo, Salvador, Recife and Fortaleza.

Vaccinatie tegen gele koorts is verplicht voor reizigers die vanuit een ander land afreizen, waar gele koorts kan voorkomen (Afrika, Zuid-Amerika) en dit vanaf de leeftijd van 9 maanden (behalve in het bezit van een certificaat waaruit blijkt dat vaccinatie tegenaangewezen is op medische gronden).

CHILI : geen malariarisico

Aanbeveling van WGO betreffende gele koorts vaccinatie: "vaccinatie tegen gele koorts is niet verplicht, noch aanbevolen."

COLOMBIA: Er bestaat geen malariarisico in Bogota en omstreken, noch in de andere grote steden. Er is evenmin malariarisico in de gebieden boven de 800 m op de Cordillera Occidental, Cordillera Central en Cordillera Oriental. In het grootste deel van het Caribisch kustgedeelte (behalve in Cordoba) en in de laagvlakte van Colombia, tegenaan de grens met Venezuela, is er geen risico.

Er is wel sterk van plaats tot plaats wisselend malariarisico gans het jaar door in een groot aantal plattelandsgebieden lager dan 1600 m. In de departementen die onderlijnd zijn, is het risico het hoogst. De aanbevelingen besproken in **NOTA 2** gelden met name:

1. In het kustgebied aan de Stille Oceaan "**Pacifico region**": in de departementen Nariño, Cauca, Valle del Cauca en Choco,
2. In de noordelijk gelegen "**Uraba-Bajo Cauca region**": in de departementen Chocó, Antioquia, Córdoba)
3. In het tropische junglegebied van het Amazonebekken, de "**Amazonia region**": in de departementen Amazonas en Vaupés
4. In de resterende gebieden ten oosten van de Andes "**Orinoquia region**": in de departementen Arauca, Boyaca, Caqueta, Guainía, Guaviare, Meta, Norte de Santander, Putamayo, Vichada

Aanbeveling van WGO betreffende gele koorts vaccinatie: "Vaccinatie tegen gele koorts is niet verplicht, maar wel strikt aanbevolen voor reizigers die volgende risicogebieden bezoeken: vallei van de Magdalena rivier, oostelijke en westelijke uitlopers van de Cordillera Oriental vanaf de grens van Ecuador tot Venezuela, Urabá, uitlopers van de Sierra Nevada, oostelijke vlakten (Orinoquia) en Amazonia."

ECUADOR : Er is geen malariarisico in de gebieden gelegen boven 1500 m, evenmin in de grote steden (o.a., Quito, Guayaquil, de steden in het Andesgebied) noch op de **Galapagos**-eilanden. Er is matig malariarisico

- in de provincies aan de westkant van de Andes (Stille Oceaan): Esmeraldas (de noordelijke provincie grenzend aan Colombia), Manabi en Pinchinca (net onder Esmeraldas), Los Ríos, Guayas (in middendeel), en El Oro (in het zuiden aan de grens met Peru)
- in de provincies aan de oostkant van de Andes (Amazonegebied): Sucumbios (in het noorden), Orellana (Napo-river), Pastaza en Morona-Santiago)
- en in mindere mate in enkele andere provincies: Cotopaxi (centraal gelegen) en Loja (aan de grens met Peru)

De aanbevelingen besproken in NOTA 2 gelden hier voor overnachtingen in primitieve omstandigheden, beneden de 1500 m.

Aanbevelingen van WGO betreffende gele koorts vaccinatie: "Er is risico voor gele koorts in de oostelijke helft van het land. Er is geen risico in Quito, Guayaquil of de Galapagos eilanden.

Vaccinatie tegen gele koorts is verplicht voor reizigers die vanuit een ander land afreizen, waar gele koorts kan voorkomen (Afrika, Zuid-Amerika) en dit vanaf de leeftijd van 1 jaar.

Burgers en inwoners van Ecuador zijn verplicht om zich te laten vaccineren tegen gele koorts bij vertrek naar een ander land waar gele koorts kan voorkomen (Afrika, Zuid-Amerika).

GUYANA - BRITS: Er is geen malariarisico in de steden Georgetown en New Amsterdam. Er is wel belangrijk malariarisico in de rest van het land

- hoogste risico in regio's 1 (Barimi-Waini),7 (Cuyuni-Mazaruni),8 (Potaro-Siparuni) en 9 (Upper Takutu-Upper Essequibo) en 10 (Upper Demerara-Berbice)
- matig risico in regio 2 (Pomeroon-Supenaam) en 3 (Demerara-Mahaica)
- zeer laag risico in regio 4 (Demerara-Mahaica),5 (Mahaica-Berbice) en 6 (East Berbice-Corentyne)

Hier gelden de aanbevelingen besproken in **NOTA 2**.

Aanbeveling van WGO betreffende gele koorts vaccinatie: “Vaccinatie tegen gele koorts is strikt aanbevolen. Vaccinatie tegen gele koorts is in elk geval verplicht voor reizigers die vanuit een ander land afreizen, waar gele koorts kan voorkomen (Afrika, Zuid-Amerika – een uitzondering wordt gemaakt indien men komt van Trinidad, Tobago, Paraguay, Argentinië) of van één van de vermelde landen op www.who.int/ith.”

GUYANA - FRANS: Er bestaat geen malariarisico in de steden Cayenne en Kourou, en het malariarisico is zeer beperkt in de rest van de kuststreek. Hier zijn geen malariamaatregelen nodig. Vooral in het grensgebied met Brazilië (verschillende haarden langsheen de Oiaopoque rivier) en Suriname (verschillende haarden langsheen de Maroni rivier) is er belangrijk malariarisico, waarvoor de richtlijnen gelden besproken in **NOTA 2**. In de rest van het binnenland is het risico laag tot verwaarloosbaar.

Vaccinatie tegen gele koorts is verplicht voor alle reizigers vanaf de leeftijd van 1 jaar.

PARAGUAY: In het overgrote deel van Paraguay is er geen enkel risico voor malaria, en zijn dus geen antimalariamaatregelen nodig. Er is geen risico in de steden, noch in de toeristische oorden en hun omgeving, zoals t.h.v. de watervallen van Iguacu. Er is enkel beperkte kans voor malaria van oktober tot mei in sommige landelijke gebieden 1/in het westen in het grensgebied met Bolivia, 2/in het oosten aan de grens met Brazilië in de departementen Alto Paraná (tegenover de Foz do Iguacu), Caaguazú, Canendiyú. Hier gelden bij overnachtingen in avontuurlijke omstandigheden de aanbevelingen besproken in **NOTA 1**.

Aanbeveling van WGO betreffende gele koorts vaccinatie: “Vaccinatie tegen gele koorts is strikt aanbevolen voor alle reizigers vanaf de leeftijd van 9 maanden. Vaccinatie tegen gele koorts is verplicht voor reizigers vanaf de leeftijd van 1 jaar die vanuit een ander land afreizen, waar gele koorts kan voorkomen (Afrika, Zuid-Amerika).”

PERU:

- Er is geen malariarisico in de grote steden (behalve in de buitenwijken van Iquitos), noch in alle gebieden hoger gelegen dan 2000 m. Hier zijn dus geen preventieve malariamaatregelen nodig.

- In de kustgebieden ten westen van het Andes-gebergte (behalve dan in de hieronder genoemde noordelijke departementen) is het malariarisico ook zeer laag tot verwaarloosbaar. Voor overnachtingen in rudimentaire omstandigheden in de rurale gebieden zijn de maatregelen tegen muggenbeten 's avonds en 's nachts voldoende (en bij koorts ook aan malaria denken).
- Er is vooral malariarisico (onder andere door de gevaarlijke vorm *Plasmodium falciparum*) (1) in de noordelijke departementen in het kustgebied aan de Stille Oceaan grenzend aan Ecuador (Tumbes, Piura, Lambayeque) en (2) in het Amazonegebied: vooral in de departementen Loreto (+ in de stad Iquitos), San Martín, Ucayali en de laaggelegen provincies van de departementen Amazonas (Chachapoyas streek inclusief), Cajamarca en Jaen. Hier gelden de aanbevelingen besproken in **NOTA 2**.
- Bij het doorbrengen van de nachten in primitieve omstandigheden in een aantal laaggelegen landelijke gebieden in de rest van het land, waar het immers overwegend om de goedaardige *P. vivax* gaat (in het departement Madre de Dios - ook in de stad Puerto Maldonado - en in de laaggelegen provincies van de departementen La Libertad, Ayacucho, Pasco, Cusco, Huancavelica, Junín en Huànuco) gelden de aanbevelingen besproken in **NOTA 1**. Personen die in luxehotels verblijven in de centra van de grote steden in deze gebieden, hoeven geen tabletten te nemen, maar de antimugmaatregelen zijn hier even belangrijk (en bij koorts ook aan malaria denken).

Aanbeveling van WGO betreffende gele koorts vaccinatie: "vaccinatie tegen gele koorts is niet verplicht, maar wel strikt aanbevolen voor reizigers naar de junglegebieden beneden 2300m. Reizigers die enkel Cuzco en Machu Picchu bezoeken moeten NIET gevaccineerd zijn tegen gele koorts."

SURINAME : * In Paramaribo en de zeven andere kustdistricten (zone ten noorden van de 5° NB-graad) is er zeer laag tot verwaarloosbaar malariarisico, en is de inname van malariatabletten niet nodig.

* In het binnenland is er belangrijk malariarisico door de gevaarlijke vorm van malaria, *Plasmodium falciparum* (in de 3 zuidelijke districten ten zuiden van de 5° NB-graad, met het hoogste risico langs de oostelijke grens en in de goudwinningsgebieden) en gelden de aanbevelingen besproken in **NOTA 2**.

Aanbeveling van WGO betreffende gele koorts vaccinatie: "vaccinatie tegen gele koorts is strikt aanbevolen. Indien u vanuit een ander land afreist, waar gele koorts kan voorkomen (Afrika, Zuid-Amerika), is vaccinatie wel officieel verplicht vanaf de leeftijd van 1 jaar."

TRINIDAD - TOBAGO : - geen malariarisico

Aanbeveling van WGO betreffende gele koorts vaccinatie: "vaccinatie tegen gele koorts is strikt aanbevolen voor alle reizigers vanaf de leeftijd van 9 maanden die Trinidad bezoeken; voor reizigers die alleen Tobago bezoeken is vaccinatie niet aangewezen. Indien u vanuit een ander land afreist, waar gele koorts kan voorkomen (Afrika, Zuid-Amerika), is vaccinatie wel officieel verplicht en dit vanaf de leeftijd van 1 jaar."

VENEZUELA: Het grootste gedeelte van het grondgebied is malariavrij. Er is geen malariarisico in de steden. Er is geen malariarisico op het Margarita-eiland.

- Er is risico voor (*falciparum*) malaria in **sommige** laaggelegen junglegebieden van de staten Amazonas (Alto Orinoco, Atabapo, Atures, Autana, Manapiare, Rio Negro), Anzoátegui, en

Bolívar (Caroni, Cedeño, El Callao, Heres, Gran Sabana, Piar, Raul Leoni, Rocio, Sifontes en Sucre) (gelegen ten zuiden van de Orinoco-rivier, aan de grens met Brazilië), en Delta Amacuro (Antonia Diaz, Casacoima, Pedernales; rondom de delta van de Orinoco). Eventueel gelden hier bij overnachtingen in de junglegebieden in avontuurlijke omstandigheden (ook voor de Angel Falls en het Canaima National Park) de maatregelen besproken in **NOTA 2**.

- In een aantal landelijke gebieden van de staten Apure, Monagas, Sucre en Zulia (ten noorden van de Orinoco-rivier) is er een beperkt risico (vooral door de goedaardige vivax-malaria. Hier gelden bij overnachtingen in avontuurlijke, primitieve omstandigheden de maatregelen besproken onder **NOTA 1**.
- In de overige provincies is er dus geen enkel malariarisico. Dit betekent dat voor de meeste goed georganiseerde toeristische reizen, zelfs naar sommige junglegebieden, geen inname van tabletten nodig is, en dat de maatregelen tegen muggensteken 's avonds en 's nachts volstaan.

Aanbeveling van WGO betreffende gele koorts vaccinatie: “Vaccinatie tegen gele koorts is niet verplicht, maar wel strikt aanbevolen.”

MALARIAPREVENTIE

Maatregelen om zich te beschermen tegen muggensteken 's avonds en 's nachts zijn steeds essentieel om zich tegen mogelijke malaria te beschermen. Personen die overdag een malariagebied bezoeken en die 's avonds in goede hotels verblijven, lopen geen risico, en moeten geen malariatabletten innemen, maar ze dienen steeds een muggenrepellent (muggenwerend product voor de huid) op zak te hebben, in geval ze niet op tijd in het hotel kunnen zijn 's avonds, bijvoorbeeld omwille van problemen zoals ziekte, panne enz. Ook bij een trip of een safari in de vroege ochtend, 's avonds of 's nacht dient men de muggenrepellent (muggenwerend product voor de huid) overvloedig aan te brengen. Bij reizen van het avontuurlijke type op het platteland met overnachten in primitieve omstandigheden is het bovendien aan te raden het muggennet te impregneren met permethrine of deltamethrine, een scheikundige stof waardoor er een extra muggenafstotend en muggendodend effect bekomen wordt, en is de inname van malariatabletten nodig.

*NB. In vele malariagebieden in Latijns-Amerika ((<http://www.dtg.org/21.0.html>)) kan na uitgebreid informatief gesprek met een **gespecialiseerde arts**, met zorgvuldige evaluatie van het malariarisico in functie van de verblijfsmodaliteiten, toch besloten worden tot het achterwege laten van de chemoprophylaxe (ook voor avontuurlijke reizigers), mits strikte maatregelen tegen muggenbeten van zonsondergang tot zonsopgang, en het meenemen van een malaria-noodbehandeling (Malarone®), met begeleidende instructies.*

NOTA 1

NIVAQUINE® 3 tabletten per week, in éénmaal in te nemen, te starten vanaf 1 week voor vertrek, en door te nemen tot 4 weken na thuiskomst.

NOTA 2

MALARONE® (1 tablet per dag vanaf 1 dag voor vertrek tot 7 dagen na terugkeer), OF **DOXYCYCLINE** (1 tablet per dag vanaf 1 dag voor vertrek tot 4 weken na terugkeer; soms kan een tolerantietest van enkele dagen aangewezen zijn), OF **LARIAM®** (1 tablet éénmaal per week, vanaf

enkele weken voor vertrek tot 4 weken na terugkeer) zijn de eerste keuze antimalariageneesmiddelen. Om een werkzame hoeveelheid **LARIAM**[®] in het bloed te hebben bij aankomst in het malariagebied, start men dit product best steeds 2 tot 3 weken voor vertrek. Personen die dit product nog nooit eerder ingenomen hebben, moeten in elk geval 2-3 weken op voorhand gestart zijn, om eventuele nevenwerkingen op te vangen (duizeligheid, slapeloosheid, nachtmerries, opwinding, onverklaarbare angst, hartkloppingen). Lariam wordt niet voorgeschreven indien de arts oordeelt dat er tegenindicaties bestaan (zwangerschapswens, eerste zwangerschapstrimester, epilepsie, depressie, of hartritmestoornissen waarvoor bepaalde geneesmiddelen zoals bètablokkers, calciumantagonisten of digitalis worden ingenomen) of tenzij u bij een vroegere gelegenheid dit geneesmiddel niet hebt verdragen. U neemt het geneesmiddel verder tot 4 weken na thuiskomst. Indien Lariam[®] goed verdragen wordt, kan het indien nodig gedurende vele maanden en zelfs jaren worden ingenomen. Voor een korte reis is de inname van het meestal zeer goed verdragen **MALARONE**[®] een uitstekende keuze. Malarone[®] mag vele maanden ingenomen worden, maar de kostprijs loopt dan wel snel erg hoog op.

DOXYCYCLINE (100 mg per dag, te starten de dag voor vertrek, en in te nemen tot 4 weken na thuiskomst). Doxycycline moet zittend worden ingenomen met veel vloeistof of tijdens de maaltijd. Doxycycline kan soms aanleiding geven tot fototoxiciteit en schimmelinfecties in de mond of genitaliën. Doxycycline mag meerdere maanden worden ingenomen.

DIARREE

DIARREE is een frequent probleem op reis. Zelfs wanneer men in goede omstandigheden reist, ontsnapt men er niet steeds aan. Enkele raadgevingen en de juiste geneesmiddelen in de reisapotheek zijn zeer nuttig. Raadpleeg in elk geval de tekst over reizigersdiarree. Daar worden de maatregelen besproken om diarree te voorkomen, en indien nodig correct te behandelen.

DENGUE

In Latijns Amerika komt vrij veel Dengue-koorts voor.

Preventie = antimugmaatregelen toepassen overdag. Raadpleeg in elk geval de tekst over dengue. Meer info: zie www.itg.be – www.reisgeneeskunde.be & consulteer de wereldkaart www.who.int/ith → “disease distribution maps”

VACCINATIES

- GELE KOORTS vaccinatie is noodzakelijk (althans bij een bezoek aan bepaalde gebieden) in Bolivia, Brazilië, Colombia, Ecuador, Guyana (Frans en Brits), Peru, Suriname en Venezuela (niet voor Isla Margarita) (zie: (<http://www.who.int/ith/en/index.html>) → DISEASE DISTRIBUTION MAPS). In principe bent u best steeds gevaccineerd bij een bezoek aan één van deze landen. Indien u vanuit een ander land afreist waar gele koorts kan voorkomen (Afrika, Zuid-Amerika), is vaccinatie wel officieel verplicht, behalve bij een reis naar Venezuela, Chili en Argentinië. Reizigers naar Frans Guyana zijn altijd verplicht om gevaccineerd te zijn.

- Op reis gaan is verder een ideale gelegenheid om zich in orde te stellen met de TETANOS-, DIFTERIE-, KINKHOEST-, MAZELEN- en POLIOVACCINATIE. Poliomyelitis komt reeds enkele jaren niet meer voor op het Amerikaanse continent.
- Iedereen die naar Latijns Amerika reist, ongeacht de duur en de omstandigheden, moet tegen HEPATITIS A beschermd te zijn. Indien men in minder goede hygiënische omstandigheden reist, frequent of langdurig (bijvoorbeeld vanaf 2 - 3 weken) in het buitenland verblijft (zelfs indien in goede hygiënische omstandigheden) is ook vaccinatie tegen BUIKTYFUS aangeraden. In vele omstandigheden is vaccinatie tegen HEPATITIS B een aanrader.
- Personen die minstens 4 weken op avontuurlijke wijze rondtrekken doorheen het platteland of ginds voor langere tijd gaan wonen dienen vaccinatie tegen HONDSOLHEID te overwegen.

Dit alles dient individueel met uw arts of met de arts van een reisadviescentrum te worden besproken.

ZIEKTE VAN CHAGAS (OF AMERIKAANSE TRYPANOSOMIASE)

Trekkers doorheen de landelijke gebieden in Latijns-Amerika moeten ook alert gemaakt worden op het risico voor een infectie door een ééncellige parasiet, Trypanosoma cruzi genaamd, overgebracht door grote wantsen (triatomen). In deze gebieden zal men zeker niet in primitieve hutjes of in openlucht overnachten. Indien men dit niet kan of wenst te vermijden, en ook indien men in goedkope hotelletjes overnacht, moet men steeds onder een muggennet slapen (best nog met een laken boven het muggennet, om te beletten dat men in contact komt met de neervallende uitwerpselen van de triatomen). Best gebruikt men een insecticidenspray indien er dergelijke grote insecten in de kamer zitten (meestal verborgen achter kaders, in laden, of zelfs onder de matras). 's Avonds dient men ook een insectrepellent op de blootgestelde huidgedeelten aan te brengen.

NOORD AMERIKA - CANADA - EUROPA - GOS

Er is geen risico in de toeristische gebieden.

Er is een beperkt malariarisico in verafgelegen gebieden **van juni tot oktober**, bijna uitsluitend door de goedaardig verlopende *P. vivax*-vorm in:

Armenië: mogelijk nog aanwezig in enkele dorpen van het Masisdistrict in de Araratvallei aan de westgrens met Turkije (geen gevallen meer gerapporteerd sinds 2006). Muggenmaatregelen volstaan.

Azerbeidjan: in de rurale laag gelegen gebieden in de streek tussen de Kura- en de Arax-rivier

Georgië: enkele dorpen in het zuidoosten van het land. Muggenmaatregelen volstaan.

Kyrgyzstan: in sommige delen in het zuiden en het westen van het land, vooral in de streken Batken, Osh en Jalal-Abad (in de grensgebieden met Tadjikistan en Oezbekistan) en in de buitenwijken van Bishkek. Antimugmaatregelen volstaan hier.

Oezbekistan: Sporadische autochtone gevallen worden gerapporteerd in sommige plaatsen in het zuidelijk en oostelijk landsgedeelte (Surkhanda-rinskaya Region: Uzunskiy, Sariassiskiy en Shurchinskiy district). Antimugmaatregelen volstaan hier.

Russische Federatie: er kan een zeer beperkt malariarisico bestaan in bepaalde gebieden, omwille van de intense migratiestromen vanuit de zuidelijke gebieden van “Commonwealth of Independent States”. Er zijn geen preventieve maatregelen aangewezen.

Tadjikistan (*): gebieden aan de zuidelijke grens (Khatlon region), en in een aantal centrale (Dushanbe), westelijke (Gorno-Badakhshan), en noordelijke (Leninabad region) gebieden. Te nemen preventieve maatregelen, zie onderaan (*)

Turkmenistan: in een aantal dorpen in het zuid-oostelijk deel van het land, aan de grens met Afghanistan, vooral gelokaliseerd in het Mary district. Er werden geen autochtone gevallen meer gerapporteerd sinds 2006. Antimugmaatregelen volstaan hier.

PREVENTIEVE MAATREGELLEN in de risicogebieden:

Maatregelen om zich te beschermen tegen muggensteken 's avonds en 's nachts zijn steeds essentieel om zich tegen mogelijke malaria te beschermen indien men buiten de grote steden overnacht (zie tekst "Malaria"). "). Bij koorts ook aan de mogelijkheid van een malaria denken, hoe klein het risico ook is.

Personen die overdag een malariagebied bezoeken en die 's avonds in goede hotels verblijven, lopen geen risico, en moeten geen malariatabletten innemen, maar ze dienen steeds een muggenrepellent op zak te hebben, in geval ze niet op tijd in het hotel

kunnen zijn 's avonds, bijvoorbeeld omwille van problemen zoals ziekte, panne enz. Ook bij een trip of een safari in de vroege ochtend, 's avonds of in de nacht dient men de muggenrepellent overvloedig aan te brengen.

Bij reizen van het avontuurlijke type op het platteland met overnachten in primitieve omstandigheden in de kleine dorpjes zijn volgende bijkomende maatregelen onontbeerlijk:

- het muggenet te impregneren met permethrine of deltamethrine, een scheikundige stof waardoor er een extra muggenafstotend en muggendodend effect bekomen wordt.

- de inname van geneesmiddelen in **Tadjikistan** in de hogergenoemde risicogebieden (*): NIVAQUINE[®], 3 tabletten per week, in éénmaal in te nemen. Dit schema start u vanaf 1 week voor vertrek, en blijft u doornemen tot 4 weken na thuiskomst; in de zuidelijke gebieden is er chloroquineresistente *P. falciparum* malaria gesignaleerd: hier wordt **Malarone** [®] dagelijks, of **Doxycycline** 100 mg dagelijks of **Lariam**[®] 1 co wekelijks aangeraden.

DIARREE

DIARREE is een potentieel probleem wanneer men in onhygiënische omstandigheden reist. Enkele raadgevingen en de juiste geneesmiddelen in de reisapotheek zijn in dit geval zeer nuttig. Raadpleeg eventueel de tekst REIZIGERSDIARREE. Daar worden de maatregelen besproken om diarree te voorkomen, en indien nodig correct te behandelen.

VACCINATIES

- Er is geen enkele vaccinatie echt verplicht. GELE KOORTS vaccinatie is voor geen van deze landen vereist. Russische federatie wel wanneer je uit een gelekoortsgebied komt, maar niet wanneer je vanuit België vertrekt.
- Op reis gaan is verder een ideale gelegenheid om zich in orde te stellen met de met de TETANOS-, DIFTERIE-, KINKHOEST- en MAZELENVACCINATIE. Voor een reis naar de vroegere USSR is een DIFTERIE- en POLIOVACCINATIE aangewezen. Deze infectieziekten zijn immers volledig te voorkomen door middel van vaccinatie. Een herhalingsinenting is tien jaar geldig. Voor polio is er levenslange bescherming indien men ooit volledig werd gevaccineerd.
- Verder wordt systematisch vaccinatie tegen HEPATITIS A aangeraden voor personen die in minder goede hygiënische omstandigheden reizen. In heel wat omstandigheden wordt ook vaccinatie tegen HEPATITIS B aangeraden. Voor verdere details zie de tabel en de tekst over VACCINATIES.
- In uitzonderlijke gevallen is ook vaccinatie tegen BUIKTYFUS en TEKENENCEFALITIS & RABIES aangeraden.

<http://www.itg.be/ITG/Uploads/MedServ/NADRVAACC.htm>

(tevens vaccinatie tegen Japanse encefalitis en preventieve vaccinatie tegen rabiës)

Antwerpen:

- Polikliniek van het Instituut voor Tropische Geneeskunde, Kronenburgstraat 43/3, 2000 Antwerpen - Tel. 03/247.64.05 (van 14u tot 16u, zonder afspraak)

Arlon:

Clinique Saint Joseph, Rue des déportés 137, 6700 Arlon – Tel. 063/23.17.00 (op afspraak)

Brugge:

- AZ St.-Jan, Travel Clinic, Ruddershove 10, 8000 Brugge, tel. 050/45.38.90 (op afspraak: woensdagnamiddag en vrijdagvoormiddag)

Brussel-Bruxelles:

- Travel Clinic CHU St. Pierre, site César De Paepe, Cellebroersstraat 13, (5^e verdieping), 1000 Brussel. Van maandag t.e.m. vrijdag: op afspraak via 02/535.33.43. Zonder afspraak: (maandag t.e.m. vrijdag tussen 8.30 u - 11.00 u en tussen 14.00 u – 15.30 u)
- Travel Clinic, Universitair Ziekenhuis Erasmus, Lenniksebaan 808, 1070 Brussel Tel. 02/555.72.00 (op afspraak)
- Centrum voor Reis- en Vaccinatieadvies, UZ BRUSSEL, Laarbeeklaan 101, 1090 Brussel Tel. 02/477.60.01 (op afspraak: donderdag- en vrijdagnamiddag). Travel pediatrie: op afspraak – tel. 02/477.60.61.
- Vaccinatiecentrum, Cliniques Universitaires Saint-Luc, Avenue Hippocrate 10, 1200 Brussel Tel. 02/764.21.22 (op afspraak)
- Polikliniek UVC Brugmann, Van Gehuchtenplein 4, 1020 Laken-Brussel (2^e verdieping). (op afspraak: elke maandagnamiddag en woensdagnamiddag) - Tel: 02/477.30.35 (op afspraak)
- Interregionaal Ziekenhuiscentrum Edith Cavell, CHIREC, Site Kliniek Leopoldpark, Froissantstraat 38 (gelijkvloers), 1040 Brussel - Tel. 02/287.50.66 (enkel op afspraak) – dinsdag tussen 16 uur en 20 uur & vrijdag tussen 12 uur en 16 uur.

Charleroi:

- Polyclinique de l’Hôpital civil de Charleroi, boulevard Zoé Drion (s/n), 6000 Charleroi, tel. 071/92.23.07 (op afspraak)

Gent:

- Universitair Ziekenhuis Gent, Travel Clinic, Dienst Algemene Inwendige Ziekten, Polikliniek 2, De Pintelaan 185, 9000 Gent Tel. 09/332.23.50 of 09/332.23.45 (op afspraak)

Hasselt:

- Vaccinatiecentrum van het Jessa Ziekenhuis, Stadsomvaart 11, 3500 Hasselt, tel. 011/30.97.40 (op afspraak)

Ieper:

- Regionaal Ziekenhuis Jan Yperman, Briekestraat 12, 8900 Ieper, tel. 057/22.35.98 (op afspraak)

Leuven:

- Universitair Ziekenhuis Gasthuisberg, Dienst Inwendige Ziekten, Herestraat 49, 3000 Leuven Tel. 016/34.47.75 (op afspraak)

Liège:

- Institut provincial Ernest Malvoz, quai du Barbou 4, 4020 Liège, tel. 04/344.79.54 (op afspraak).
- CHU de Liège – Médecine des voyageurs –Sart Tilman: Domaine universitaire, B 35, 4000 Liège Tel. 04/366.77.86 (op afspraak).
- CHU de Liège – Médecine des voyageurs – Polyclinique Brull: Quai Godefroid Kurth, 45, 4000 Liège, Tel. 04/270.30.33 (op afspraak).

Mons:

- Clinique du voyage - CHU Ambroise Paré - Boulevard Kennedy 2, 7000 Mons

Tel. 065/39.39.39 (op afspraak)

Mont-Godinne:

- UCL Mont-Godinne, Avenue du Docteur Gaston Thérasse 1, 5530 Yvoir. Reisadvies & vaccinaties
Tel. 081/42.34.81 (op afspraak)

Namur (voorlopig enkel vaccinatie tegen Gele Koorts):

- Centre Hospitalier Régional de Namur, avenue Albert I 185, 5000 Namur
Tel. 081/72.71.40 (op afspraak).

Nivelles:

- Travel Clinic, Polikliniek, Rue des Conceptionnistes 3, 1400 Nivelles. Tel. 067/84.06.92
vaccinaties: donderdagnamiddag tussen 14.00 en 17.30 uur (op afspraak)

Ottignies - Louvain-La-Neuve:

- Centre de vaccinations, Clinique St.-Pierre, Avenue Reine Fabiola 9, 1340 Ottignies-Louvain-La-Neuve. Tel: 010/43.73.70
(op afspraak) - Algemeen nummer: 010/43.72.11. (consultatie zonder afspraak: donderdag tussen 14.00 uur en 17.00 uur).
- Centre Médical, Clinique St.-Pierre, rue du Pont St.-Jean 2, 1300 Wavre.
Tel: 010/23.29.10 of 010/43.73.70. (enkel op afspraak).

Grand Duché du Luxembourg:

- Centre hospitalier de Luxembourg, rue Barblé 4, L-1210 Luxembourg
Tel. 352/44.11.30.91 (op afspraak).

Malaria 2010-2011 (source WHO 2009)

