

REFERENTIECENTRUM VOOR SEKSUEEL OVERDRAAGBARE INFECTIES

Aanvraagformulier voor OPSPORING/ TYPERING van MPXV

GELIEVE DIT FORMULIER MET HET STAAL OP TE STUREN NAAR HET REFERENTIELABORATORIUM

Apr. D. VAN DEN BOSSCHE

Instituut Tropische Geneeskunde - Klinisch Referentielaboratorium (KRL)

Kronenburgstraat 43/3 - 2000 Antwerpen (België)

Tel : 03/247.64.45 / Fax : 03/247.07.89 / E-mail : krl-admin@itg.be

GEGEVENS OVER HET LABORATORIUM DAT HET STAAL OPSTUURT

Naam klinisch bioloog :

Naam laboratorium :

Tel : Fax :

Emailadres :

Naam+ RIZIVnr aanvragende arts :

.....

PATIENTGEGEVENS OF STICKER

Naam :

Geslacht : ☐ M ☐ V ☐ Andere ☐ Onbekend

Geboortedatum :

Rijksregisternr :

Straat + nr :

Postcode of woonplaats :

Nationaliteit :

Recent verblijf buitenland : ☐ Ja ☐ Neen

Zo ja, land of streek :

GEGEVENS OVER DE STALEN VOOR PCR

Identificatienummer :

Afnamedatum :

☐ Wissers letsels in functie van het klinisch beeld :

☐ Huid : locatie

☐ Anaal

☐ Oraal

☐ Genitaal

☐ Andere stalen/wissers in functie van het klinisch beeld :

☐ Speeksel

☐ Keelwisser

☐ Urine

☐ Andere :

Geef aan indien het een DNA-extract betreft: ☐

KLINISCHE GEGEVENS

Vaccinatiestatus pokken : ☐ Ja ☐ Nee

Algemene symptomen : ☐ Ja ☐ Nee

Datum begin algemene symptomen :

Huidletsels : ☐ Ja ☐ Nee

Plaats van de letsels : ☐ Handen ☐ Voeten

☐ Genitale zone

☐ Anorectaal

☐ Andere :

EPIDEMIOLOGISCHE GEGEVENS

Vermoedelijke transmissie :

☐ Seksueel ☐ Mens-op-mens (niet-seksueel)

☐ Moeder-op-kind ☐ Zorgverlener

☐ Onbekend

☐ Andere:

Contact met bevestigd geval : ☐ Ja ☐ Nee

Link met (risico-)event/gedrag : ☐ Ja ☐ Nee

Zo ja, specificeer :

Seksuele voorkeur :

☐ Heteroseksueel

☐ Biseksueel

☐ Homoseksueel

☐ Onbekend

Hiv-status :

☐ Negatief

☐ Ja

☐ Positief

☐ Neen

☐ Nieuwe hiv-diagnose

☐ Onbekend

☐ Onbekend

PrEP*-gebruik (<12M) :

ANALYSES

☐ Detectie MPXV (gevolgd door clade-typing indien positief)

☐ Clade-typing (vermeld uw eigen resultaat):

* Pre-Expositie Profylaxe voor hiv-preventie