

BOF

Identificatie van het aanvragende labo

Naam labo : Postcode en plaats :
Naam verantwoordelijke : Tel :
Adres : E-mail :

Gegevens aanvragende arts

Naam : Tel :
RIZIV nummer : E-mail :

Informatie over het staal en de patiënt (verplicht)

Uw referentienummer :	Naam patiënt :
Datum staalafname (DD-MM-YY) :	Rijksregisternummer :
Type staal : ☐ Buccale wisser (e-Swab) ☐ Speeksel (Oracol)	Geslacht : ☐ M ☐ V
☐ Serum	Geboortedatum (DD-MM-YYYY) :
☐ Ander type afname:	Nationaliteit :
Opmerkingen :	Postcode :

Medische gegevens (verplicht)

Aantal dosissen MBR vaccin : ☐ 0 ☐ 1 ☐ ≥2 ☐ onbekend	Datum laatste dosis (DD-MM-YY):
Start koorts (DD-MM-YY) :	Start zwellen speekselklieren (DD-MM-YY) :
Orchitis/Ovaritis: ☐ Ja ☐ Nee ☐ Onbekend	Gehoorverlies : ☐ Ja ☐ Nee ☐ Onbekend
Pancreatitis : ☐ Ja ☐ Nee ☐ Onbekend	Meningitis : ☐ Ja ☐ Nee ☐ Onbekend
Thymitis : ☐ Ja ☐ Nee ☐ Onbekend	Contact bevestigd bofgeval : ☐ Ja ☐ Nee ☐ Onbekend
Andere symptomen :	
Verblijf buitenland (> 3 weken voor symptomen) : ☐ Ja ☐ Nee ☐ Onbekend	Bestemming :

Gevraagde testen

- ☐ Bof PCR (speeksel/buccale wisser)
☐ Bof genotypage (speeksel/buccale wisser)
☐ Bof ELISA IgM confirmatie (speeksel/serum)
☐ Bof ELISA IgG confirmatie (speeksel/serum)

Resultaten van het aanvragende labo (verplicht)

☐ Bof IgM	Type test :	Cut-Off:	Resultaat :
☐ Bof IgG	Type test :	Cut-Off:	Resultaat :