

SURVEILLANCE INFECTIEUZE AANDOENINGEN

Gelieve dit formulier met de stam op te sturen naar het referentielaboratorium

* Gegevens over het laboratorium dat de stam opstuurt

Naam verantwoordelijke:

Naam laboratorium:

Dienst:

Adres:

Postcode:

Tel.: Fax:

E-mail:

Voorbehouden voor het referentielaboratorium

Gegevens over de patiënt

* Naam:

Code:

* Geslacht: M V onbekend

* Geboortedatum (of leeftijd):

* Postcode/Woonplaats:

Beroep:

Nationaliteit:

* Recent verblijf in het buitenland: ja nee

Zo ja, land of streek:

Hospitalisatie: ja nee

Gegevens over het staal

Vermoedelijke identificatie:

* Identificatienummer:

| | |
|--|--|
| * Oorsprong: | * Techniek van identificatie: |
| <input type="checkbox"/> faeces | <input type="checkbox"/> microscopisch onderzoek |
| <input type="checkbox"/> bloed | <input type="checkbox"/> biochemische identificatie |
| <input type="checkbox"/> etter | <input type="checkbox"/> PCR-gebaseerde methoden |
| <input type="checkbox"/> mesenteriële lymfeklieren | <input type="checkbox"/> MALDI-TOF MS |
| <input type="checkbox"/> peritoneaal vocht | <input type="checkbox"/> ander, te preciseren: |
| <input type="checkbox"/> onbekend | |
| <input type="checkbox"/> ander, te preciseren: | |
| | |

Associatie met andere pathogene kiem:

* Datum van isolatie: (dd/mm/jjjj)

Andere belangrijke gegevens

* **Klinische gegevens:**

sepsis

gastro-enteritis

pseudoappendiculair syndroom

artralgie of artritis

onbekend

ander:

* **Antibioticum behandeling gestart:** ja nee

Zo ja, welke?.....

* **Evolutie:**

genezen

gunstig

overleden

onbekend

* **Epidemiologische gegevens:**

afzonderlijk geval

contact met ander geval (■)

verband met voedselinfectie

Opmerkingen:

Antibiogram:

*Tel. Contact indien extra informatie vereist:

(■) preciezer in geval van epidemische opflakking (=2 of meer gevallen) het aantal klinische gevallen en de eventuele bevestigingen door het laboratorium

* v verplicht in te vullen