

GELIEVE DIT FORMULIER MET DE STAM OP TE STUREN NAAR HET REFERENTIECENTRUM:
apr. klin. biol. S. DESMET

U.Z. Leuven – Laboratoriumgeneeskunde Microbiologie

Herestraat, 49 – 3000 Leuven

Tel.: 016 34.79.02 / Fax: 016 34.79.31

 E-mail : stefanie.desmet@uzleuven.be

Labocode

Gegevens over het laboratorium dat de stam opstuurt*

Naam verantwoordelijke:

Naam laboratorium:

Dienst:

Adres:

Postcode:

Plaats:

Tel: Fax:

Voorbehouden voor het referentiecentrum

19666 Kapseltypering en gevoeligheidsbepaling

Gelieve velden met * zeker in te vullen, deze gegevens zijn noodzakelijk voor het correct uitvoeren van de analyse.
Opnamegegevens

Is de patiënt:

- ambulans
 opgenomen
- chirurgie
 interne geneeskunde
 infectieziekten (AIDS)
 gynaecologie/verloskunde
 intensieve zorgen
 spoedgevallen
 pediatrie
 intensieve pediatrische zorgen
 andere :
- onbekend

Gegevens over de patiënt*

Rijksregisternr (bij voorkeur):

Naam:

 Geslacht: M V onbekend

Geboortedatum (of leeftijd):

Postcode: Plaats:

Vaccinatie*
Werd de patiënt gevaccineerd?

- neen
 ja: 10-valent 13-valent 15-valent
 20-valent 23-valent
- 1 ste dosis – Datum:
 2 de dosis – Datum:
 3 de dosis – Datum:
 4 de dosis – Datum:
- onbekend

Andere belangrijke gegevens

Werd de patiënt tijdens de laatste 48 uur met antibiotica behandeld?

 ja neen onbekend

indien ja, welke groep:

- penicilline co-trimoxazol
 cefalosporine fluorochinolone
 macroliden tetracycline
 andere :

Werd de patiënt 48 uur of langer vóór de afname van het positieve staal verpleegd?

 ja neen onbekend

Is de patiënt overleden binnen de 3 dagen na de afname van het positieve staal?

 ja neen onbekend

Gegevens over het staal*

Afnamedatum (d/m/j):

Identificatienummer:

Staalsoort:

- bloed CSV
 pleuraalvocht middenoor
 andere :

Klinische diagnose:

- meningitis bacteriëmie
 pneumonie met bacteriëmie onbekend
 andere: