

**REFERENTIECENTRUM VOOR CONGENITALE INFECTIES : *TOXOPLASMA GONDII*,
RUBELLA, *CYTOMEGALOVIRUS EN PARVOVIRUS B19*.**

Prof. D. De Geyter
UZ Brussel
Microbiologie en Ziekenhuishygiëne
Laarbeeklaan 101
1090 Jette
Tel.: 02/477.50.00
E-mail: labomicro@uzbrussel.be

**GEGEVENS OVER HET LABORATORIUM DAT HET
STAAL OPSTUURT**

Naam verantwoordelijke:
Naam laboratorium:
Dienst:
Straat + nr.:
Postcode :
Gemeente:
Tel: Fax:

PATIENTGEGEVENS

(In hoofdletters of een elektronische aanvraag toevoegen)

Naam:
Voornaam:
Geboortedatum:
Adres:
.....
INSZ:
In geval van pasgeborene, naam van de moeder:
.....

GEGEVENS OVER HET STAAL

Identificatienummer:
Afnamedatum:
Oorsprong:
 Amnionvocht Urine van kind
 Serum CSV
 Navelstrengbloed serum Guthrie kaart *
 Speeksel van kind
 Andere:.....

Analyse aangevraagd om volgende reden:

- seroconversie bij zwangere vrouw
- IgM positief bij eerste serumstaal bij zwangere vrouw
- Abnormale ontwikkeling van de foetus
- Follow-up pasgeborene

* Guthrie kaart: gelieve 2 spots af te geven, na toestemming van de ouders (of indien U niet over de kaart beschikt, te preciseren waar het kind werd geboren):

**VOORBEHOUDEN VOOR HET
REFERENTIECENTRUM**

KLINISCHE GEGEVENS

Datum begin zwangerschap:

Reeds bekomen serologische resultaten (verplicht te vermelden)

Datum	Zwangerschap duur	IgG	IgM	andere

Klinische informatie:.....

Behandeling:.....

Resultaat van echografie:

- Normaal Abnormaal
- Hydrops foetalis
- Hydrocephalie
- Microcephalie
- Intracraniele calcificatie
- Abdominaal hyperdensiteit
- Pleurale/pericardiale effusie
- Oligo/hydramnios
- Vertraagde intra-uterine groei
- Andere:

Serologische resultaten:

T. gondii immuun niet immuun
Rubella immuun niet immuun
CMV immuun niet immuun

AANGEVRAAGDE TESTEN

Serologische bevestiging van:

- CMV Rubella Toxoplasma

Celkweek (RIZIV)

- CMV

PCR

- CMV Toxoplasma (RIZIV)

OPGELET: Het UZ-Brussel voert geen testen voor parvovirus B19 uit, geen PCR voor Rubella en geen PCR op placenta of bloed. Gelieve deze analyses naar het Hôpital Universitaire Erasme te sturen (zie aanvraagformulier hieronder)

**REFERENTIECENTRUM VOOR CONGENITALE INFECTIES : *TOXOPLASMA GONDII*,
RUBELLA, *CYTOMEGALOVIRUS*, EN *PARVOVIRUS B19*.**

Dr. M-L Delforge
Hôpital Universitaire Erasme-ULB
LRS/CNR Inf. Congénitales
Route de Lennik 808
1070 Brussel
Tel.: 02/555.66.81
E-mail: marie-luce.delforge@erasme.ulb.ac.be

**GEGEVENS OVER HET LABORATORIUM DAT HET
STAAL OPSTUURT**

Naam verantwoordelijke:
Naam laboratorium:
Dienst:
Straat + nr.:
Postcode :
Gemeente:
Tel: Fax:

PATIENTGEGEVENS

(In hoofdletters of een elektronische aanvraag toevoegen)

Naam:
Voornaam:
Geboortedatum:
Adres:
INSZ:
In geval van pasgeborene, naam van de moeder:
.....

GEGEVENS OVER HET STAAL

Identificatienummer:
Afnamedatum:
Oorsprong:
 Amnionvocht Foetaal bloed
 EDTA bloed Navelstreng bloed
 Serum Urine van kind
 Placenta Speeksel van kind
 CSV
 Andere:.....
Analyse aangevraagd om volgende reden:
 seroconversie bij zwangere vrouw
 IgM positief bij eerste serumstaal bij zwangere vrouw
 Abnormale ontwikkeling van de foetus
 Follow-up pasgeborene

**VOORBEHOUDEN VOOR HET
REFERENTIECENTRUM**

KLINISCHE GEGEVENS

Datum begin zwangerschap:

Reeds bekomen serologische resultaten (verplicht te vermelden)

Datum	Zwangerschap duur	IgG	IgM	andere

Klinische informatie:

Behandeling:

Resultaat van echografie:

- | | |
|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Normaal | <input type="checkbox"/> Abnormaal |
| | <input type="checkbox"/> Hydrops foetalis |
| | <input type="checkbox"/> Hydrocephalie |
| | <input type="checkbox"/> Microcephalie |
| | <input type="checkbox"/> Intracraniele calcificatie |
| | <input type="checkbox"/> Abdominaal hyperdensiteit |
| | <input type="checkbox"/> Pleurale/pericardiale effusie |
| | <input type="checkbox"/> Oligo/hydramnios |
| | <input type="checkbox"/> Vertraagde intra-uterine groei |
| | <input type="checkbox"/> Andere: |

Serologische resultaten:

Parvovirus B19	<input type="checkbox"/> immuun	<input type="checkbox"/> niet immuun
<i>T. gondii</i>	<input type="checkbox"/> immuun	<input type="checkbox"/> niet immuun
Rubella	<input type="checkbox"/> immuun	<input type="checkbox"/> niet immuun
CMV	<input type="checkbox"/> immuun	<input type="checkbox"/> niet immuun

AANGEVRAAGDE TESTEN

Serologische bevestiging van:

CMV B19 Rubella Toxoplasma

Celkweek (RIZIV)

CMV

PCR

CMV B19 Rubella Toxoplasma
(RIZIV)

OPGELET: Het Hôpital Universitaire Erasme voert geen testen op Guthrie kaarten uit. Gelieve deze naar het UZ-Brussel te sturen (zie aanvraagformulier hierboven)