

**REFERENTIECENTRUM VOOR CORYNEBACTERIUM DIPHTHERIAE
EN ANDERE TOXINOGENE CORYNEBACTERIAE**

GEVRAAGDE ANALYSES:

<input type="checkbox"/> Kweek <i>C. diphtheriae</i> e.a. toxinogene Corynebacteria <input type="checkbox"/> Bevestiging stamidentificatie en typering <i>Gelieve dit formulier met het staal op te sturen naar:</i> Prof. Dr. D. Piérard UZ Brussel – Microbiologie en Ziekenhuishygiëne Laarbeeklaan 101, 1090 Jette Tel.: 02/477.50.00 E-mail: labomicro@uzbrussel.be	<input type="checkbox"/> Aanvraag voor serologie (anti-DT IgG)* <i>Gelieve dit formulier met het serumstaal op te sturen naar:</i> Dr. I. Desombere SCIENSANO – Dispatching + Dienst Immunologie Juliette Wytsmanstraat 14, 1050 Brussel Tel.: 02/373.33.76 of 02/373.32.94 Fax: 02/373.33.67 E-mail: caroline.rodeghiero@sciensano.be
--	--



VOORBEHOUDEN VOOR HET REFERENTIECENTRUM

REFERENTIENR. CENTRUM

DATUM ONTVANGST

..... /

..... / /

AANVRAGEND LABORATORIUM: Naam verantwoordelijke: Naam laboratorium/dienst: Adres: Tel.: Fax: E-mail:	AANVRAGENDE ARTS: Naam: RIZIV-identificatienr.: Adres: Tel.: * FACTURATIE AAN: (naam en adres)
---	--

PATIËNTGEGEVENS: Uw referentienr.: Naam: Geslacht: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> andere/onbekend Geboortedatum/leeftijd: Postcode/woonplaats: Nationaliteit: Rijksregisternr.: Recent verblijf in het buitenland: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee Zo ja, licht toe (waar, wanneer): Recent contact met personen, die in het buitenland verbleven: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee Zo ja, licht toe (waar, wanneer): Contact met dieren/rauwe melk: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee Zo ja, licht toe (diersoorten, context (vb. boerderij),...):	KLINISCHE GEGEVENS: Datum begin symptomen: Symptomen: Bovenste luchtweginfectie met koorts: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee Kroep (stridor): <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee Pseudomembraan (adherent membraan) t.h.v. tonsil, pharynx of neus: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee Uni- of bilaterale neusloop (initieel helder en vervolgens bloederig): <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee Huidletsels: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee Zo ja, licht toe: Letsels t.h.v. conjunctivae of andere mucosae: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee Zo ja, licht toe: Typische tekens/symptomen geassocieerd met difterie: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee Complicaties geassocieerd met difterie: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee Evolutie: Werd de patiënt gehospitaliseerd: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee Outcome: <input type="checkbox"/> onbekend <input type="checkbox"/> genezen <input type="checkbox"/> nog steeds ziek <input type="checkbox"/> overleden (datum:)
GEGEVENS OVER DE STALEN: Uitstrijken: <input type="checkbox"/> nasopharynx <input type="checkbox"/> keel <input type="checkbox"/> andere Identificatienr.: Datum afname: Stam: (<input type="checkbox"/> humaan isolaat <input type="checkbox"/> dierlijk isolaat) Identificatienr.: Datum isolatie: Geïsoleerd uit: Serum: Identificatienr.: Datum afname:	VACCINATIESTATUS: DATUM LAATSTE VACCINATIE:
	EPIDEMIOLOGISCHE GEGEVENS: Bestaat er een verband met een ander geval? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee Zo ja, licht toe:
	ANDERE GEGEVENS/OPMERKINGEN:

*Indien de aanvraag een anti-DT IgG-titerbepaling na vaccinatie betreft, worden de analysekosten gedragen door de aanvrager.