

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 : <input type="checkbox"/> Buccale wisser (e-Swab) <input type="checkbox"/> Speeksel (Oracol)	Geslacht : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V
<input type="checkbox"/> Serum	Geboortedatum (DD-MM-YYYY) :
<input type="checkbox"/> Ander type afname:	Nationaliteit :
Opmerkingen :	Postcode :

Medische gegevens (verplicht)

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

<input type="checkbox"/> Bof IgM	Type test :	Cut-Off:	Resultaat :
<input type="checkbox"/> Bof IgG	Type test :	Cut-Off:	Resultaat :