

REFERENTIECENTRUM VOOR SEKSUEEL OVERDRAAGBARE AANDOENINGEN
Aanvraagformulier voor CONFIRMATIE van *CHLAMYDIA TRACHOMATIS* -
LGV

*Labocode

GELIEVE DIT FORMULIER MET HET STAAL OP TE STUREN NAAR HET REFERENTIELABORATORIUM

Apr. D. VAN DEN BOSSCHE

Instituut Tropische Geneeskunde - Klinisch Referentielaboratorium (KRL)

Kronenburgstraat 43/3 - 2000 Antwerpen (België)

Tel : 03/247.65.52 - 03/247.64.45 / Fax : 03/247.07.89 / E-mail : dvandenbossche@itg.be

***Gegevens over het laboratorium dat het staal opstuurt**

Naam klinisch bioloog:

Naam laboratorium:

Adres:

Postcode/Woonplaats:

Tel.: Fax:

E-mail:

Naam + RIZIV nr aanvragende arts:

.....

Voorbehouden voor het referentielaboratorium

Gegevens over de patiënt

*Naam (initialen/andere code):

*Geslacht: M V Andere Onbekend

*Geboortedatum (of leeftijd):

*Postcode/Woonplaats:

*Geboorteland:

Beroep:

Nationaliteit:

Recent verblijf buitenland: Ja Neen

Zo ja, land of streek:

Gegevens over het staal

Vermoedelijke identificatie:

*Identificatienummer:

*Gebaseerd op:

- Isolatie
 PCR
 Antigen detectie (ELISA)
 Andere:

*Oorsprong:

- Anaal secret
 Genitale ulcus
 Genitaal secret
 Inguinaal aspiraats

 Biopt:
 Andere:
 Onbekend

Datum staalafname:

***Klinische en epidemiologische gegevens**

Symptomen:

- Asymptomatisch
 Urethritis
 Epididymitis
 Cervicitis
 Proctitis
 Genitale ulcer
 Inguinale Lymfadenopathie
 Andere:
 Onbekend

Vermoedelijke transmissie:

- Heteroseksueel
 Homoseksueel
 Biseksueel
 Werkzaam in prostitutie
 Contact met sexwerker
 Onbekend

HIV Status:

- Negatief
 Negatief op PrEP
 Positief
 Nieuwe HIV diagnose
 Onbekend

Co-infecties:

- Geen
 Gonorrhoeae Trichomonas vaginalis
 Chlamydia non-LGV Mycoplasma genitalium
 Hepatitis B Hepatitis C
 Herpes genitalis
 Syfilis
 Andere:
 Onbekend

*** ABSOLUUT IN TE VULLEN**