

REFERENTIECENTRUM VOOR SEKSUEEL OVERDRAAGBARE AANDOENINGEN
Aanvraagformulier voor DETECTIE of CONFIRMATIE van
MYCOPLASMA GENITALIUM

*Labocode

GELIEVE DIT FORMULIER MET HET STAAL OP TE STUREN NAAR HET REFERENTIECENTRUM
Apr. D. VAN DEN BOSSCHE

Instituut voor 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 :
.....

Vorbehouden voor het referentiecentrum

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 :

Klinische en epidemiologische gegevens*

Symptomen :

- Urethritis
 Cervicitis
 PID
 Specificeer :

Primo-infectie : Ja Neen Onbekend

Vermoedelijke transmissie :

- Heteroseksueel
 Homoseksueel
 Biseksueel
 Werkzaam in prostitutie
 Contact met sekswerker
 Onbekend

HIV status :

- Negatief
 Negatief op PrEP
 Positief
 Nieuwe HIV diagnose
 Onbekend

Co-infecties :

- Geen Genitale wratten
 Gonorrhoeae Genitale Herpes
 Chlamydia Trichomonas vaginalis
 LGV Hepatitis B
 Hepatitis C Ureaplasma
 Syfilis Onbekend
 Andere:

Behandeling:
.....

Gegevens over het staal

Vermoedelijke identificatie :
*Identificatienummer :
*Werd *Chlamydia trachomatis* (Ct)/*Neisseria gonorrhoeae* (Ng) getest? Ja Nee
* Zo ja, resultaat Ct/Ng?
 Ct/Ng negatief Ct positief/Ng negatief
 Ct/Ng positief Ng positief/Ct negatief
*Vermoedelijke identificatie gebaseerd op :
 Isolatie PCR
 Andere :
*Oorsprong :
 Urethraal/genitaal/vaginaal secreet
 Anaal
 Pharyngeaal
 Urine
 Andere :
Datum staalafname :

*** ABSOLUUT IN TE VULLEN**