

SURVEILLANCE INFECTIEUZE AANDOENINGEN

Gelieve dit formulier met de stam op te sturen naar het referentielaboratorium

*** Gegevens over het laboratorium dat de stam opstuurt**

Naam verantwoordelijke:

Naam laboratorium:

Dienst:

Adres:

.....

Postcode:

Tel.: Fax:

E-mail:

Voorbehouden voor het referentielaboratorium

.....

Gegevens over de patiënt

* Naam + voornaam:

* Telefoonnummer:

* Rijksregisternummer:

* Geslacht: M V onbekend

* Geboortedatum (of leeftijd):

* Postcode/Woonplaats:

Beroep:

Nationaliteit:

* Recent verblijf in het buitenland: ja nee

Zo ja, land of streek:

Hospitalisatie: ja nee

Andere belangrijke gegevens

*** Klinische gegevens:**

sepsis

gastro-enteritis

pseudoappendiculair syndroom

artralgie of artritis

onbekend

ander:

.....

*** Antibioticum behandeling gestart:** ja nee

Zo ja, welke?.....

*** Evolutie:**

genezen

gunstig

overleden

onbekend

*** Epidemiologische gegevens:**

afzonderlijk geval

contact met ander geval (■)

verband met voedselinfectie

Opmerkingen:

.....

.....

Antibiogram:

.....

*Tel. Contact indien extra informatie vereist:

.....

(■) preciseer in geval van epidemische opflakking (= 2 of meer gevallen) het aantal klinische gevallen en de eventuele bevestigingen door het laboratorium

Gegevens over het staal

Vermoedelijke identificatie:

* Identificatienummer:

* Oorsprong:

faeces

bloed

etter

mesenterische lymfeklieren

peritoneaal vocht

onbekend

ander, te preciseren:

.....

* Techniek van identificatie:

microscopisch onderzoek

biochemische identificatie

PCR-gebaseerde methoden

MALDI-TOF MS

ander, te preciseren:

.....

Associatie met andere pathogene kiem:

.....

* Datum van isolatie: (dd/mm/jjjj)

*** verplicht in te vullen**