

Dit formulier is voorbehouden voor de verzending van stalen van ziekenhuispatiënten voor ziekenhuislaboratoria in de volgende gevallen:

- acute respiratoire insufficiëntie met vermoeden van griepinfectie en nood aan intensieve zorg
- acute respiratoire insufficiëntie met vermoeden van infectie met een hoog-pathogeen zoönotisch griepvirus

IDENTIFICATIE AANVRAGEND LABORATORIUM

Naam:

Adres:

Tel/Fax:

Email:

De patiënt geeft het NRC niet de toestemming om het staal te gebruiken voor onderzoeksactiviteiten in volksgezondheid

STAAL	GEGEVENS BETREFFENDE DE PATIËNT (of label)
<p>Datum staalafname: ... / ... /</p> <p>Type staal:</p> <p><input type="checkbox"/> nasofaryngeale wisser</p> <p><input type="checkbox"/> nasofaryngeaal aspiraat</p> <p><input type="checkbox"/> broncho-alveolaire lavage</p> <p><input type="checkbox"/> andere, preciseer:</p> <p>Uw staalreferentie:</p>	<p>Uw referentie:</p> <p>Geboortedatum: .. / .. / .. of leeftijd: j</p> <p>indien < 2j: m</p> <p>Geslacht: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> X</p> <p>Postcode of provincie:</p> <p>INSZ nummer:</p>

EPIDEMIOLOGISCHE GEGEVENS

<p>Datum opname: ... / ... /</p> <p>Symptomen:</p> <p>Start: ... / ... /</p> <p>Casusdefinitie:</p> <p><input type="checkbox"/> koorts ≥ 38 °C</p> <p><input type="checkbox"/> voorgeschiedenis van koorts</p> <p><input type="checkbox"/> hoest <input type="checkbox"/> dyspneu</p> <p>Respiratoire:</p> <p><input type="checkbox"/> rhinitis <input type="checkbox"/> keelpijn</p> <p><input type="checkbox"/> wheezing <input type="checkbox"/> desaturatie</p> <p><input type="checkbox"/> crepitaties <input type="checkbox"/> slijmen</p> <p><input type="checkbox"/> apnee <input type="checkbox"/> ronchi</p> <p><input type="checkbox"/> bronchospasm</p> <p><input type="checkbox"/> thoracale pijn</p> <p><input type="checkbox"/> longoedeem</p> <p>Algemeen:</p> <p><input type="checkbox"/> hoofdpijn <input type="checkbox"/> malaise</p> <p><input type="checkbox"/> myalgie</p> <p><input type="checkbox"/> asthenie, vermoeidheid</p> <p><input type="checkbox"/> hypothermie <input type="checkbox"/> dehydratatie</p> <p><input type="checkbox"/> tachycardie <input type="checkbox"/> bradycardie</p> <p><input type="checkbox"/> verwardheid <input type="checkbox"/> plotse val</p> <p>Digestief:</p> <p><input type="checkbox"/> diarree <input type="checkbox"/> braken</p> <p><input type="checkbox"/> nausea <input type="checkbox"/> anorexie</p> <p><input type="checkbox"/> anosmia <input type="checkbox"/> ageusie</p> <p>Andere:</p>	<p>2023-2024 vaccinatie tegen influenza:</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> onbekend</p> <p>Indien ja: <input type="checkbox"/> < 2 weken geleden?</p> <p>Antigriep antivirale behandeling:</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> onbekend</p> <p>Indien ja: <input type="checkbox"/> datum van voorschrift: .. / .. / ..</p> <p>of <input type="checkbox"/> voor staalafname?</p> <p>welke? <input type="checkbox"/> oseltamivir</p> <p><input type="checkbox"/> andere, preciseer:</p> <p>Antibiotica behandeling:</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> onbekend</p> <p>Indien ja: <input type="checkbox"/> voor opname</p> <p><input type="checkbox"/> binnen 48u na opname</p> <p><input type="checkbox"/> tijdens verblijf (>48u)</p> <p>Reden van melding:</p> <p><input type="checkbox"/> intensieve zorgen / ICU</p> <p><input type="checkbox"/> ARDS</p> <p><input type="checkbox"/> ECMO</p> <p><input type="checkbox"/> overlijden (datum: .. / .. / ..)</p> <p><input type="checkbox"/> vermoeden antivirale resistentie</p> <p><input type="checkbox"/> terugkeer buitenland (datum: .. / .. / ..)</p> <p><input type="checkbox"/> andere, preciseer:</p>	<p>Risicogroepen:</p> <p>Selecteer ten minste 'geen' of 'onbekend'</p> <p><input type="checkbox"/> geen</p> <p><input type="checkbox"/> onbekend</p> <p><input type="checkbox"/> chronische respiratoir ziekte (uitgezonderd astma)</p> <p><input type="checkbox"/> astma</p> <p><input type="checkbox"/> chronische hart- en vaatziekte (uitgezonderd hypertensie)</p> <p><input type="checkbox"/> hypertensie</p> <p><input type="checkbox"/> obesitas (BMI > 30)</p> <p><input type="checkbox"/> diabetes type I of II</p> <p><input type="checkbox"/> nierinsufficiëntie (matige tot ernstige)</p> <p><input type="checkbox"/> leverinsufficiëntie (matige tot ernstige)</p> <p><input type="checkbox"/> immunodeficiëntie</p> <p><input type="checkbox"/> constitutieve of verworven</p> <p><input type="checkbox"/> kanker of chemotherapie</p> <p><input type="checkbox"/> immunosupp. behandeling</p> <p><input type="checkbox"/> zwangerschap</p> <p><input type="checkbox"/> neuromusculaire aandoeningen</p> <p><input type="checkbox"/> roker (gestopt minder dan 2j)</p> <p><input type="checkbox"/> prematuriteit</p> <p><input type="checkbox"/> andere, preciseer:</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

UW LABORATORIUM RESULTATEN

Voor onderzoek naar influenzavirus:

Voor onderzoek naar andere respiratoire virussen:

Voor onderzoek naar andere respiratoire pathogenen:

GEGEVENS VAN DE AANVRAGENDE ARTS

Naam:

RIZIV-nummer:

AANGEVRAAGDE TESTEN CNR

- karakterisering:
- subtypering influenza A of lineage bepaling influenza B
 - sequencing HA / NA
 - isolatie en test antivirale gevoeligheid
- serologie
- differentiële diagnostiek (vogelgriep, MERS-CoV, en relevante respiratoire virussen)