

# UNIVERSITAIR ZIEKENHUIS BRUSSEL, LABORATORIUM MICROBIOLOGIE

Laarbeeklaan 101, 1090 Jette

Tel.: 02/477.50.00

Fax: 02/477.50.15

## PATIËNTGEGEVENS:

Naam: .....

Voornaam: .....

Geboortedatum: .....

Rijksregisternummer: .....

Adres: .....

Mutualiteit:

## VOORSCHRIJVER: (kruis aan wat van toepassing is)

De voorschrijver is pediater:  ja

nee (**facturatie aan aanvragend laboratorium**)

## STAAL: (kruis aan wat van toepassing is)

posterieure nasopharynxuitstrijk

nasopharynxspoeling

nasopharynxaspiraet

bronchoalveolaire lavage (BAL)

bronchusaspiraet

andere (**facturatie aan aanvragend laboratorium**)

preciseer: .....

## PATIËNT EN KLINIEK: (kruis aan wat van toepassing is)

Er wordt aan ALLE onderstaande voorwaarden voldaan:

- leeftijd < 16 jaar
- symptomen compatibel met kinkhoest > 6 dagen EN < 22 dagen
- patiënt is NIET gevaccineerd binnen de laatste 3 jaar
- patiënt heeft GEEN therapie met macroliden of trimethoprim/sulfamethoxazole ontvangen gedurende 5 dagen of meer
- dit is de eerste test voor deze diagnostische investigatiefase

Er wordt aan ALLE onderstaande voorwaarden voldaan:

- leeftijd < 1 jaar
- patiënt is niet of onvolledig gevaccineerd (< 3 dosissen)
- patiënt vertoont catarrale symptomen gevolgd door kokhalzen, bradycardie en/of apneus
- patiënt heeft GEEN therapie met macroliden of trimethoprim/sulfamethoxazole ontvangen gedurende 5 dagen of meer
- dit is de eerste test voor deze diagnostische investigatiefase

**(Indien niet VOLLEDIG wordt voldaan aan 1 van bovenstaande groepen voorwaarden, zal de test worden aangerekend aan het aanvragend laboratorium.)**