

REFERENTIECENTRUM VOOR *BORDETELLA PERTUSSIS*

AANVRAAG VOOR SEROLOGIE (ANTI-PT IgG):



Geef dit formulier samen met een serumstaal op te sturen naar:

Dr. I. Desombere
SCIENSANO (Elsene)–Dispatching + Dienst Immunologie
Juliette Wytsmanstraat 14, 1050 Brussel

Tel.: 02/373.32.94
 Fax: 02/373.33.67
 E-mail: caroline.rodeghiero@sciensano.be

AANVRAGEND LABORATORIUM: Naam verantwoordelijke: Naam laboratorium/dienst: Adres: Tel.: Fax: E-mail:	Naam + voornaam van de aanvragende geneesheer: Stempel van de aanvragende geneesheer:
---	--

PATIËNTGEGEVENS: Uw referentienr.: Naam: Geslacht: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> andere/onbekend Geboortedatum: Postcode/woonplaats: Nationaliteit: Rijksregisternr.: Recent verblijf in het buitenland: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> onbekend Zo ja, land of streek:	<div style="border: 2px solid red; padding: 5px;"> KLINISCHE GEGEVENS: VERPLICHT Datum begin symptomen: Hoest? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> onbekend Zo ja, duur van de hoest: </div> Hoest vergezeld door: Paroxysmale hoestbuien: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee Gierende inspiratie ("whooping"): <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee Braken na het hoesten: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee Episodes van apneu bij een zuigeling: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee Zo ja, geef details: Andere symptomen: Recent contact met een bevestigd geval? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee Zo ja, geef de referenties van dit geval: Maakte deze patiënt reeds eerder een (bevestigde) kinkhoest-infectie door? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee Zo ja, wanneer? Werde de patiënt gehospitaliseerd? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee Outcome: <input type="checkbox"/> overleden (datum overlijden:) <input type="checkbox"/> nog steeds ziek <input type="checkbox"/> genezen <input type="checkbox"/> onbekend
<div style="border: 2px solid red; padding: 5px;"> VACCINATIEGESCHIEDENIS: VERPLICHT Werd de patiënt ooit gevaccineerd? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> onbekend Zo ja: Hoeveel dosissen werden toegediend? Datum laatste dosis: VACCINATIEGESCHIEDENIS: KIND < 12 MAAND OUD Werd de moeder tijdens de zwangerschap gevaccineerd? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> onbekend Zo ja, datum: </div>	

GEGEVENS OVER HET SERUMSTAAL: Identificatienr.: Afnamedatum: Werde er reeds een eerste serumstaal onderzocht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> onbekend Zo ja, referentie en datum:	ANDERE GEGEVENS/OPMERKINGEN:
---	--

Het NRC kan de analyse enkel uitvoeren indien klinische data en vaccinatiegegevens volledig en correct werden ingevuld. Indien de aanvraag een anti-PT IgG titerbepaling na vaccinatie betreft, worden de analysekosten gedragen door de aanvrager.