

REFERENTIECENTRUM VOOR BURKHOLDERIA CEPACIA COMPLEX

**GELIEVE DIT FORMULIER MET HET STAAL OP TE STUREN NAAR HET UZ BRUSSEL
(de stammen zullen naar het LM-UGent door ons doorverwezen worden indien relevant)**

Prof. Dr. D. Piérard
UZ Brussel
Microbiologie en Ziekenhuishygiëne
Laarbeeklaan 101
1090 Jette
Tel : 02 477 50 00
E-mail: labomicro@uzbrussel.be

Prof. Dr. Peter Vandamme
Laboratorium Microbiologie – Faculteit Wetenschappen – UGent
Vakgroep Biochemie en Microbiologie (WE10)
K.L. Ledeganckstraat 35
9000 Gent
Tel : 09 264 51 13
E-mail: peter.vandamme@ugent.be

<p>GEGEVENS OVER HET LABORATORIUM DAT HET STAAL VERSTUURT:</p> <p>Naam verantwoordelijke:</p> <p>Naam laboratorium:</p> <p>Dienst:</p> <p>Adres:</p> <p>Postcode:</p> <p>Woonplaats:</p> <p>Tel: Fax:</p>	<p>VOORBEHOUDEN VOOR HET REFERENTIECENTRUM</p>
<p>PATIËNTGEGEVENS</p> <p>Naam:</p> <p>Geslacht: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> onbekend</p> <p>Geboortedatum :</p> <p>Postcode /Woonplaats :</p> <p>Rijksregisternummer :</p> <p>Nationaliteit :</p> <p>Heeft de patiënt de 2 weken voor de start van de ziekte-episode in een ziekenhuis verbleven?</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> onbekend</p> <p>Lijdt deze patiënt aan mucoviscidose?</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> onbekend</p> <p>Indien ja, heeft de patiënt reeds andere kweken met vermoedelijk hetzelfde species gehad?</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee</p> <p>Indien ja, datum eerste isolaat/...../..... werd dit isolaat naar het NRC verzonden?</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> onbekend</p>	<p>KLINISCHE GEGEVENS</p> <p>MUCOVISCIDOSE PATIËNTEN:</p> <p>Heeft de patiënt nu een acute pulmonale exacerbatie?</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja, startdatum:/...../.....</p> <p>Heeft de patiënt een andere infectie?</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ja, preciseer: <input type="checkbox"/> nee</p> <p>ANDERE PATIËNTEN:</p> <p>Datum begin symptomen:/...../..... of <input type="checkbox"/> onbekend</p> <p>Hoofdsymptomen:</p> <p>.....</p> <p>Immunogecompromitteerde patiënt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee</p> <p>Zo ja, geef details:</p> <p>.....</p> <p>Zijn er andere onderliggende aandoeningen?.....</p> <p>.....</p>
<p>GEGEVENS OVER DE STAM</p> <p>Identificatienummer:</p> <p>Datum afname:</p> <p>Oorsprong : <input type="checkbox"/> Sputum <input type="checkbox"/> Bronchusaspiraaf</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Endotracheaal aspiraat <input type="checkbox"/> Bronchoalveolaire lavage</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Pleuraal vocht <input type="checkbox"/> Longbiopt</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Andere, preciseer:</p> <p>.....</p>	<p>Is dit geval gelinkt met andere gevallen?: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee</p> <p>Zo ja, geef details:</p> <p>.....</p> <p>Outcome: <input type="checkbox"/> overleden datum overlijden :/...../.....</p> <p>Evolutie huidige opstoot:</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> nog steeds ziek <input type="checkbox"/> genezen <input type="checkbox"/> onbekend</p>
	<p>uitgevoerde ANALYSES</p> <p style="text-align: center;">-bevestiging stamidentificatie en typering -gevoeligheidstesten</p> <p>Motiveer aanvraag indien het niet gaat om een mucoviscidose patiënt:</p> <p>.....</p> <p>.....</p>