

**REFERENTIECENTRUM VOOR CONGENITALE INFECTIES : *TOXOPLASMA GONDII*,
RUBELLA, *CYTOMEGALOVIRUS EN PARVOVIRUS B19*.**

Dr. D. Piérard
UZ Brussel
Microbiologie en Ziekenhuishygiëne
Laarbeeklaan 101
1090 Jette
Tel.: 02/477.50.00
E-mail: labomicro@uzbrussel.be

**GEGEVENS OVER HET LABORATORIUM DAT HET
STAAL OPSTUURT**

Naam verantwoordelijke:
Naam laboratorium:
Dienst:
Straat + nr.:
Postcode :
Gemeente:
Tel: Fax:

PATIENTGEGEVENS

(In hoofdletters of een elektronische aanvraag toevoegen)

Naam:
Voornaam:
Geboortedatum:
Adres:
.....
INSZ:
In geval van pasgeborene, naam van de moeder:
.....

GEGEVENS OVER HET STAAL

Identificatienummer:
Afnamedatum:
Oorsprong:
 Amnionvocht Urine van kind
 Serum CSV
 Navelstrengbloed serum Guthrie kaart *
 Speeksel van kind
 Andere:.....

Analyse aangevraagd om volgende reden:

- seroconversie bij zwangere vrouw
- IgM positief bij eerste serumstaal bij zwangere vrouw
- Abnormale ontwikkeling van de foetus
- Follow-up pasgeborene

* Guthrie kaart: gelieve 2 spots af te geven, na toestemming van de ouders (of indien U niet over de kaart beschikt, te preciseren waar het kind werd geboren):

**VOORBEHOUDEN VOOR HET
REFERENTIECENTRUM**

KLINISCHE GEGEVENS

Datum begin zwangerschap:

Reeds bekomen serologische resultaten (verplicht te vermelden)

Datum	Zwangerschap duur	IgG	IgM	andere

Klinische informatie:.....

Behandeling:.....

Resultaat van echografie:

- Normaal Abnormaal
- Hydrops foetalis
- Hydrocephalie
- Microcephalie
- Intracraniele calcificatie
- Abdominaal hyperdensiteit
- Pleurale/pericardiale effusie
- Oligo/hydramnios
- Vertraagde intra-uterine groei
- Andere:

Serologische resultaten:

T. gondii immuun niet immuun
Rubella immuun niet immuun
CMV immuun niet immuun

AANGEVRAAGDE TESTEN

Serologische bevestiging van:

- CMV Rubella Toxoplasma

Celkweek (RIZIV)

- CMV

PCR

- CMV Rubella Toxoplasma (RIZIV)

OPGELET: Het UZ-Brussel voert geen testen voor parvovirus B19 uit en geen PCR op placenta of bloed. Gelieve deze analyses naar het Hôpital Universitaire Erasme te sturen (zie aanvraagformulier hieronder)

**REFERENTIECENTRUM VOOR CONGENITALE INFECTIES : *TOXOPLASMA GONDII*,
RUBELLA, *CYTOMEGALOVIRUS*, EN *PARVOVIRUS B19*.**

Dr. M-L Delforge
Hôpital Universitaire Erasme-ULB
LRS/CNR Inf. Congénitales
Route de Lennik 808
1070 Brussel
Tel.: 02/555.66.81
E-mail: marie-luce.delforge@erasme.ulb.ac.be

**GEGEVENS OVER HET LABORATORIUM DAT HET
STAAL OPSTUURT**

Naam verantwoordelijke:
Naam laboratorium:
Dienst:
Straat + nr.:
Postcode :
Gemeente:
Tel: Fax:

PATIENTGEGEVENS

(In hoofdletters of een elektronische aanvraag toevoegen)

Naam:
Voornaam:
Geboortedatum:
Adres:
INSZ:
In geval van pasgeborene, naam van de moeder:
.....

GEGEVENS OVER HET STAAL

Identificatienummer:
Afnamedatum:
Oorsprong:
 Amnionvocht Foetaal bloed
 EDTA bloed Navelstreng bloed
 Serum Urine van kind
 Placenta Speeksel van kind
 CSV
 Andere:.....
Analyse aangevraagd om volgende reden:
 seroconversie bij zwangere vrouw
 IgM positief bij eerste serumstaal bij zwangere vrouw
 Abnormale ontwikkeling van de foetus
 Follow-up pasgeborene

**VOORBEHOUDEN VOOR HET
REFERENTIECENTRUM**

KLINISCHE GEGEVENS

Datum begin zwangerschap:

Reeds bekomen serologische resultaten (verplicht te vermelden)

Datum	Zwangerschap duur	IgG	IgM	andere

Klinische informatie:

Behandeling:

Resultaat van echografie:

- | | |
|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Normaal | <input type="checkbox"/> Abnormaal |
| | <input type="checkbox"/> Hydrops foetalis |
| | <input type="checkbox"/> Hydrocephalie |
| | <input type="checkbox"/> Microcephalie |
| | <input type="checkbox"/> Intracraniele calcificatie |
| | <input type="checkbox"/> Abdominaal hyperdensiteit |
| | <input type="checkbox"/> Pleurale/pericardiale effusie |
| | <input type="checkbox"/> Oligo/hydramnios |
| | <input type="checkbox"/> Vertraagde intra-uterine groei |
| | <input type="checkbox"/> Andere: |

Serologische resultaten:

Parvovirus B19	<input type="checkbox"/> immuun	<input type="checkbox"/> niet immuun
<i>T. gondii</i>	<input type="checkbox"/> immuun	<input type="checkbox"/> niet immuun
Rubella	<input type="checkbox"/> immuun	<input type="checkbox"/> niet immuun
CMV	<input type="checkbox"/> immuun	<input type="checkbox"/> niet immuun

AANGEVRAAGDE TESTEN

Serologische bevestiging van:

CMV B19 Rubella Toxoplasma

Celkweek (RIZIV)

CMV

PCR

CMV B19 Rubella Toxoplasma
(RIZIV)

OPGELET: Het Hôpital Universitaire Erasme voert geen testen op Guthrie kaarten uit. Gelieve deze naar het UZ-Brussel te sturen (zie aanvraagformulier hierboven)