

SURVEILLANCE INFECTIEUZE AANDOENINGEN

Gelieve dit formulier met de stam op te sturen naar het referentielaboratorium

* Gegevens over het laboratorium dat de stam opstuurt

Naam verantwoordelijke:

Naam laboratorium:

Dienst:

Adres:

Postcode:

Tel.: Fax:

E-mail:

Gegevens over de patiënt

* Naam:

Code:

 * Geslacht: M V onbekend

* Geboortedatum (indien niet gekend: leeftijd):

* Postcode/Woonplaats:

Beroep:

Nationaliteit:

 Recent verblijf in het buitenland: ja nee

Zo ja, land of streek:

 Hospitalisatie: ja nee

Gegevens over het staal

Vermoedelijke identificatie:

* Identificatienummer:

* Oorsprong:

 bloed

 faeces

 lumbaalvocht

 sputum

 urethraal/vaginaal secreet

 urine

 etter:

 andere:

 onbekend

* Datum van isolatie: (dd/mm/jjjj)

Voorbehouden voor het referentielaboratorium

Andere belangrijke gegevens

Klinische gegevens:

 septicemie

 meningitis of meningoencephalitis

 gastro-enteritis

 premature bevalling

 spontane abortus

 doodgeboren

 granulomatosis infantiseptica

 andere (te preciseren):

Type geval:

 zwangerschap pasgeborene andere

Bijkomende info bij perinatale gevallen

 stam geïsoleerd bij de moeder

 stam geïsoleerd bij de foetus

 stam geïsoleerd bij de pasgeborene

Onderliggende ziekte en/of medische interventie:

Evolutie:

 genezen

 gunstig

 overleden

 onbekend

Overdrachtwijze:

 gemeenschappelijke bron

 mens tot mens transmissie

 blootstelling door besmet voedsel

 andere

Opmerkingen:

*Tel. Contact indien extra informatie vereist:

.....

* verplicht in te vullen