

## SURVEILLANCE INFECTIEUZE AANDOENINGEN

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

### \* Gegevens over het laboratorium dat de stamopstuurt

Naam verantwoordelijke: .....

Naam laboratorium: .....

Dienst: .....

Adres: .....

.....

Postcode: .....

Tel.: ..... Fax: .....

E-mail: .....

### Voorbehouden voor het referentielaboratorium

### Vaccinatie

Werd de patiënt gevaccineerd?  ja  nee  onbekend  
Indien ja, in welk jaar? .....

### Gegevens over de patiënt

\* Naam: .....

\* Geslacht:  M  V  onbekend

\* Geboortedatum (of leeftijd): .....

\* Postcode/Woonplaats: .....

Beroep: .....

Nationaliteit: .....

Recent verblijf in het buitenland:  ja  nee

Zo ja, land of streek: .....

Hospitalisatie:  ja  nee

### Andere belangrijke gegevens

#### \* Klinische gegevens:

- meningitis  
 sepsis  
 meningitis + sepsis  
 onbekend  
 andere: .....

Epidemiologische gegevens (bv.: import-pathologie, gegroepeerd geval, speciale resistentie, behandeling, ...):  
.....  
.....  
.....

#### \* Evolutie:

- genezen  
 gunstig  
 overleden  
 onbekend

Opmerkingen:  
.....  
.....  
.....

\*Tel. Contact indien extra informatie vereist:  
.....

### Gegevens over het staal

Vermoedelijke identificatie: .....

\* Identificatienummer: .....

Gebaseerd op:

direct microscopisch onderzoek  
 onderzoek van oplosbare antigenen  
 biochemische identificatie van cultuur  
 MALDI-TOF MS  
 methoden zonder cultuur:  PCR  
 serologie

\* Oorsprong:

Lumbaalvocht  
 sputum  
 bloed  
 urethraal/vaginaal secreet  
 keeluitstrijk

etter: .....

andere: .....

onbekend

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

\* verplicht in te vullen

➔ Gelieve duidelijk op de verpakking « Kamertemperatuur » te vermelden.