

Dit formulier is voorbehouden voor de verzending van stalen van ziekenhuispatiënten voor ziekenhuislaboratoria in de volgende gevallen:

- acute respiratoire insufficiëntie met vermoeden van griepinfectie en nood aan intensieve zorg
- acute respiratoire insufficiëntie met vermoeden van infectie met een hoog-pathogeen zoönotisch griepvirus

IDENTIFICATIE AANVRAGEND LABORATORIUM		
Naam:	Adres:	Tel/Fax:
		Email:

De patiënt geeft het NRC niet de toestemming om het staal te gebruiken voor onderzoeksactiviteiten in volksgezondheid

STAAL	GEGEVENS BETREFFENDE DE PATIËNT (of label)
<p>Datum staalafname: .../.../.....</p> <p>Type staal:</p> <p><input type="checkbox"/> nasofaryngeale wisser</p> <p><input type="checkbox"/> nasofaryngeaal aspiraats</p> <p><input type="checkbox"/> broncho-alveolaire lavage</p> <p><input type="checkbox"/> andere, preciezer:</p> <p>Uw staalreferentie:</p>	<p>Uw referentie:</p> <p>Geboortedatum: .../.../..... of leeftijd:</p> <p>Geslacht: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V</p> <p>Postcode van patiënt:</p>

EPIDEMIOLOGISCHE GEGEVENS		
<p>Datum opname: .../.../.....</p> <p>Symptomen:</p> <p>Start: .../.../.....</p> <p>WHO-definitie:</p> <p>- koorts ≥ 38 °C: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen</p> <p>- voorgeschiedenis van koorts: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen</p> <p>- hoest: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen</p> <p>- dyspneu: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen</p> <p>bijkomend:</p> <p>- rhinitis, coryza: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen</p> <p>- keelpijn, faryngitis, laryngitis: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen</p> <p>- hoofdpijn: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen</p> <p>- malaise: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen</p> <p>- myalgie: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen</p> <p>- asthenie, vermoeidheid: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen</p> <p>- spijsvertering (diarree, braken, nausea): <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen</p> <p>- andere:</p>	<p>2019-2020 vaccinatie tegen influenza:</p> <p>gevaccineerd? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> onbekend</p> <p>< 2 weken geleden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> onbekend</p> <p>Antigriep antivirale behandeling:</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> onbekend</p> <p>indien ja, datum van voorschrift?</p> <p>.../.../.....</p> <p>of <input type="checkbox"/> voor de opname</p> <p>welke? <input type="checkbox"/> oseltamivir</p> <p><input type="checkbox"/> andere, preciezer:</p> <p>Antibiotica behandeling:</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> onbekend</p> <p>indien ja, datum van voorschrift?</p> <p>.../.../.....</p> <p>of <input type="checkbox"/> voor de opname</p> <p>Reden van melding:</p> <p><input type="checkbox"/> intensieve zorgen / ICU</p> <p><input type="checkbox"/> ARDS</p> <p><input type="checkbox"/> ECMO</p> <p><input type="checkbox"/> overlijden (datum:))</p> <p><input type="checkbox"/> vermoeden antivirale resistentie</p> <p><input type="checkbox"/> terugkeer buitenland (datum:))</p> <p><input type="checkbox"/> andere, preciezer:</p>	<p>Risicogroepen:</p> <p><input type="checkbox"/> geen</p> <p><input type="checkbox"/> onbekend</p> <p><input type="checkbox"/> chronische respiratoire aandoening (uitgezonderd astma)</p> <p><input type="checkbox"/> astma</p> <p><input type="checkbox"/> chronische hartaandoening (uitgezonderd hypertensie)</p> <p><input type="checkbox"/> obesitas (BMI > 30)</p> <p><input type="checkbox"/> diabetes type I of II</p> <p><input type="checkbox"/> nierinsufficiëntie (matige tot ernstige)</p> <p><input type="checkbox"/> leverinsufficiëntie (matige tot ernstige)</p> <p><input type="checkbox"/> immuniteitsstoornis</p> <p><input type="checkbox"/> zwanger</p> <p><input type="checkbox"/> neuromusculaire aandoening</p> <p><input type="checkbox"/> andere, preciezer:</p>

UW LABORATORIUM RESULTATEN	GEGEVENS VAN DE AANVRAGENDE ARTS
Voor onderzoek naar influenzavirus:	Naam:
Voor onderzoek naar andere respiratoire virussen:	RIZIV-nummer:
Voor onderzoek naar andere respiratoire pathogenen:	AANGEVRAAGDE TESTEN CNR
	<p><input type="checkbox"/> typering influenza A/B</p> <p><input type="checkbox"/> subtypering influenza A</p> <p><input type="checkbox"/> lineage bepaling influenza B</p> <p><input type="checkbox"/> sequencering HA</p> <p><input type="checkbox"/> sequencering NA / test antivirale gevoeligheid</p> <p><input type="checkbox"/> serologie</p> <p><input type="checkbox"/> differentiële diagnostiek (vogelgriep, MERS-CoV, en relevante respiratoire virussen)</p>