

REFERENTIECENTRUM VOOR BORDETELLA PERTUSSIS

GELIEVE DIT FORMULIER MET HET STAAL OP TE STUREN NAAR:

PCR & KWEEK en CONFIRMATIE & TYPERING VAN STAMMEN

Prof. Dr D. Pierard
UZ Brussel - PCR
Microbiologie en Ziekenhuishygiëne
Laarbeeklaan 101, 1090 Jette
Tel.: 02/477.50.00 – Fax : 02/477.50.15
E-mail : labomicro@uzbrussel.be

ANTI-PERTUSSIS TOXINE ANTILICHAMEN

Dr. Huygen Kris
WIV – ISP - SEROLOGIE
Dienst Immunologie
Engelandstraat 642, 1180 Brussel
Tel.: 02/373.33.76 – Fax : 02/373.33.67
E-mail: caroline.rodeghiero@wiv-isp.be

***GEGEVENS OVER HET LABORATORIUM DAT HET STAAL VERSTUURT:**

Naam verantwoordelijke:
Naam laboratorium:
Dienst:
Adres:
Postcode /Woonplaats:
Tel.: Fax:
Email adres:

VOORBEHOUDEN VOOR HET REFERENTIELABORATORIUM

***PATIËNTGEGEVENS**

Naam :
Geslacht: M V onbekend
Geboortedatum:
Postcode /Woonplaats:
Nationaliteit:
Recent verblijf in het buitenland: ja nee. onbekend
Zo ja, land of streek:

KLINISCHE GEGEVENS

Datum begin symptomen :

*Hoest: ja nee onbekend

*Duur van de hoest: weken dagen

Vergezeld door:

Paroxysmale hoestbuien: ja nee

Gierende inspiratie ("whooping"): ja nee

Braken na het hoesten: ja nee

Episodes van apneu bij een zuigeling : ja nee

 Zo ja, Geef details:

Asymptomatisch contact van een bevestigd geval: ja nee

 Zo ja, geef de referenties van dit geval:

Werd de patiënt gehospitaliseerd ? ja nee

Andere symptomen:

Outcome : overleden datum overlijden:

nog steeds ziek genezen onbekend

***VACCINATIE GESCHIEDENIS**

Werd de patiënt ooit gevaccineerd: ja nee onbekend

Zo ja, hoeveel dosissen heeft hij gekregen:

*datum laatste dosis:

Naam + voornaam van de aanvragende geneesheer:

Stempel van de aanvragende geneesheer:

***GEGEVENS OVER HET STAAL**

Respiratoire monster (naar UZ Brussel te verzenden)

Identificatienummer:

Datum afname:

Type monster: nasofaryngeaal aspiraaf
 nasofaryngeaal spoeling
 nasofaryngeaal lavage
 nasofaryngeaal uitstrijk
 andere (afgeraden), preciezer

Stam (naar UZ Brussel te verzenden)

Identificatienummer:

Datum isolatie:

Geïsoleerd uit

Serum (naar WIV Engelandstraat te verzenden)

Identificatienummer:

Datum afname:

Werd er reeds een eerste serumstaal onderzocht

ja nee

Zo ja : Referentie:

 Datum:

***Verplicht in te vullen**

Formulier voor een volgende analyse aanvraag!