|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Virale ziekten****Nationaal Referentiecentrum Influenza**J. Wytsmanstraat 141050 BrusselIsabelle ThomasTel. 02/642.50.74 Fax. 02/642.56.92virologie@wiv-isp.be |  | REFERENTIENR. CENTRUM**MER** .20\_ \_H\_ \_ \_ \_ | DATUM VAN ONTVANGST |
|  |  |
| IDENTIFICATIE AANVRAGEND LABORATORIUM **(VERPLICHT)**  |
| Naam : …………………………………………………………………………… |
| Adres :…………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………......... |
| Tel./Fax : …………………………………………………………......................Email : ……………………………………………………………………………. |
| **Middle East Respiratory Syndrome (MERS) Coronavirus (CoV)**Gelieve dit formulier met het staal op te sturen naar het nationaal referentiecentrum Influenza |
| GEGEVENS BETREFFENDE DE PATIËNT **(VERPLICHT)** |
| Uw intern referentienummer:…………………………………….. | Geslacht : M [ ]  V [ ]  Onbekend [ ]  |
| Datum staalafname : ……………………………………………... | Geboortedatum: …………………………………………................... |
| Type staal : ………………………………………………………… | Nationaliteit: ………………………………………………………….... |
| Opmerkingen :……………………………………………………... | Postcode: ………………………………………………………………. |

|  |  |
| --- | --- |
| EPIDEMIOLOGISCHE GEGEVENS | KLINISCHE GEGEVENS |
| **Reden van melding (meerdere mogelijk):** [ ]  intensieve zorgen[ ]  ARDS (‘acute respiratory distress syndrome’)[ ]  ECMO (respiratoir)[ ]  overlijden (datum: ……………………)[ ]  verdenking antivirale resistentie[ ]  andere:……………………………………………………….**Zwangerschap:** [ ]  Ja [ ]  Neen [ ]  Onbekend | **Startdatum van symptomen:**.......................................................**Risicogroep**: [ ]  Ja [ ]  Neen [ ]  OnbekendZo ja, specificeer: …………………………………………………….……………………………………………………………………Indicatieve lijst: chronische longaandoeningen, chronische hartaandoeningen, matige tot ernstige nierinsufficiëntie, matige tot ernstige leveraandoeningen, ernstige neuromusculaire aandoeningen, diabetes type 1 of 2, andere metabole aandoeningen, immuniteitsstoornis, obesitas, … |
| **Terugkeer buitenland** [ ]  Ja [ ]  Neen [ ]  OnbekendZo ja : Land : …………………………………………………....... Terug datum :…………………………………………....... Verblijfsduur : ……………………………………………… | **Antivirale behandeling** [ ]  Ja [ ]  NeenZo ja, welke:……………………………………………………………. ……………………………………………………………. …………………………………………………………… |

|  |
| --- |
| Gegevens van de aanvragende arts Naam : ................................................................................................................................................................................................Adres : .................................................................................................................................................................................................Tel. : .................................................................................................................................................................................................... |
|  |  |
| DIAGNOSTIEK LABORATORIUM AANVRAGER | Aangevraagde analyse |
| Type uitgevoerde test: ............................................................. | [ ]  MERS CoV PCR  |
| …………………………………………………………................... |  |
|  ................................................................................................. |  |
| Resultaten:………………………………………………………… |  |
| ……………………………………………………………………….. |  |
| ………………………………………………………………………. |  |