|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Virale ziekten**  **Nationaal Referentiecentrum Influenza**  J. Wytsmanstraat 14  1050 Brussel  Isabelle Thomas  Tel. 02/642.50.74  Fax. 02/642.56.92  [virologie@wiv-isp.be](mailto:virologie@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  Onbekend  Zo 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  Onbekend  Zo ja : Land : ………………………………………………….......  Terug datum :………………………………………….......  Verblijfsduur : ……………………………………………… | **Antivirale behandeling**  Ja  Neen  Zo ja, welke:…………………………………………………………….  …………………………………………………………….  …………………………………………………………… |

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