

REFERENTIECENTRUM VOOR ROTAVIRUS

GELIEVE HET STAAL SAMEN MET DIT INGEVULD FORMULIER OP TE STUREN NAAR:

Prof. Marc Van Ranst

UZ Leuven – Dienst Laboratoriumgeneeskunde (NRC)

Herestraat 49 – 3000 Leuven

T: 016/347000

marc.vanranst@uzleuven.be

*GEGEVENS OVER HET LABORATORIUM DAT HET STAAL OPSTUURT

Naam verantwoordelijke:

Naam laboratorium:

Dienst:

Straat + nr.:

Postcode + gemeente:

Tel: Fax:

Emailadres:

Aanvragende arts + RIZIV nr:

VOORBEHOUDEN VOOR HET REFERENTIECENTRUM

KLINISCHE GEGEVENS

Symptomen bij de patiënt:

- ☐ Diarree
- ☐ Braken
- ☐ Koorts
- ☐ Andere :

Hospitalisatie:

- ☐ ja
- ☐ Neen

Status rotavirus vaccinatie bij patiënt:

- ☐ Niet gevaccineerd
- ☐ Rotarix:
 - ☐ 1e dosis Datum 1e dosis :/...../.....
 - ☐ 2e dosis Datum 2e dosis :/...../.....
- ☐ RotaTeg:
 - ☐ 1e dosis Datum 1e dosis :/...../.....
 - ☐ 2e dosis Datum 2e dosis :/...../.....
 - ☐ 3e dosis Datum 3e dosis :/...../.....

PATIENTGEGEVENS

*Naam :

*Geslacht: ☐ M ☐ V ☐ onbekend

*Geboortedatum :

*Straat + nr.:

*Postcode + woonplaats:

Nationaliteit:

AANGEVRAAGDE TESTEN

5641 ☐ Rotavirus Antigen ELISA

☐ Rotavirus RT-PCR en Sequencing

*** Verplicht in te vullen**

GEGEVENS OVER HET STAAL

*Staal ID:.....

*Afnamedatum Stoelgangstaal: