

# REFERENTIECENTRUM VOOR BORDETELLA PERTUSSIS

## ☐ AANVRAAG VOOR PCR, KWEEK, CONFIRMATIE & TYPERING VAN STAMMEN

Gelieve dit formulier samen met een **respiratoir monster** op te sturen naar :

Prof. Dr D. Piérard

UZ Brussel

Microbiologie en Ziekenhuishygiëne

Laarbeeklaan 101, 1090 Jette

Tel : 02/477.50.00 (resultaten 50.30)

e-mail : [labomicro@uzbrussel.be](mailto:labomicro@uzbrussel.be)



## ☐ AANVRAAG VOOR SEROLOGIE (ANTI-PT IgG)

Gelieve dit formulier samen met een **serumstaal** op te sturen naar :

Dr. I. Desombere

WIV – ISP (site Elsene)

Dienst Dispatching + Dienst Immunologie

Juliette Wytsmanstraat 14, 1050 Brussel

Tel : 02/373.32.94 ; Fax : 02/373.33.67

e-mail: [caroline.rodeghiero@wiv-isp.be](mailto:caroline.rodeghiero@wiv-isp.be)



## AANVRAGEND LABORATORIUM

Naam verantwoordelijke: .....

Naam laboratorium / Dienst: .....

Adres: .....

Postcode / Woonplaats: .....

Tel.: ..... Fax: .....

e-mail adres: .....

## PATIENTGEGEVENS

Naam: .....

Geslacht: ☐ M ☐ V ☐ onbekend

Geboortedatum: .....

Postcode / Woonplaats: .....

Rijksregisternummer: .....

Nationaliteit: .....

Recent verblijf in het buitenland ? ☐ ja ☐ nee ☐ onbekend

Zo ja, land of streek: .....

## INFO OVER HET RESPIRATOIR STAAL

Identificatienummer: .....

Datum afname: .....

Type monster: ☐ nasofaryngeaal aspiraat

☐ nasofaryngeale spoeling

☐ nasofaryngeale lavage

☐ nasofaryngeale uitstrijk

☐ andere (afgeraden), preciseer .....

### STAM

Identificatienummer: .....

Datum isolatie: .....

Geïsoleerd uit .....

## INFO OVER HET SERUMSTAAL

Identificatienummer: .....

Datum afname: .....

Werd er reeds een eerste serumstaal onderzocht ?

☐ ja ☐ nee

Zo ja : Referentie: .....

Datum: .....

## KLINISCHE GEGEVENS

**VERPLICHT**

Datum begin symptomen : .....

**Hoest ?** ☐ ja ☐ nee ☐ onbekend

Duur van de hoest ? ..... weken ..... dagen

Hoest 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:

Was er recent contact met een bevestigd geval ? ☐ ja ☐ nee

Zo ja, geef de referenties van dit geval:

Maakte deze patiënt reeds eerder een (bevestigde) kinkhoestinfectie door ?

Zo ja, hoe lang geleden (datum) ? .....

Werd de patiënt gehospitaliseerd ? ☐ ja ☐ nee

Andere symptomen: .....

Outcome : ☐ overleden datum overlijden: .....

☐ nog steeds ziek ☐ genezen ☐ onbekend

## VACCINATIEGESCHIEDENIS

**VERPLICHT**

**Werd de patiënt ooit gevaccineerd?** ☐ ja ☐ nee ☐ onbekend

Zo ja,

hoeveel dosissen werden toegediend ? .....

datum laatste dosis: .....

merknaam of type vaccin: .....

## VACCINATIEGESCHIEDENIS: KIND < 12 MAAND OUD

**Werd de moeder tijdens de zwangerschap gevaccineerd?**

☐ ja ☐ nee ☐ onbekend

Zo ja,

Datum: .....

**Naam + voornaam van de aanvragende geneesheer:**

.....

**Stempel van de aanvragende geneesheer:**

Het NRC kan de gevraagde analyse enkel uitvoeren indien klinische data en vaccinatiegegevens volledig en correct werden ingevuld. Indien de aanvraag een anti-PT IgG titerbepaling na vaccinatie betreft, worden de analysekosten (20,00 Euro) gedragen door de aanvrager.