



**BEPALING VAN PNEUMOKOKKEN POLYSACHARIDE ANTISTOFFEN  
NA VACCINATIE MET NIET-GECONJUGEERD PNEUMOVAX 23-VACCIN**

03-2026

**Nr. 5941**

**AANGEVRAAGDE TEST**

5941  Pneumokokken polysacharide As (bloed)

**Pre-vaccinatie**staal - datum afname staal: ...../...../.....

*alleen de datum van staalafname is vereist indien enkel het pre-vaccinatiestaal wordt opgestuurd*

*De analyse kan enkel worden uitgevoerd indien alle onderstaande gegevens volledig en correct zijn ingevuld*

Datum vaccinatie Pneumovax 23-vaccin: ...../...../.....

**Post-vaccinatie**staal - datum afname staal: ...../...../.....

*het post-vaccinatiestaal moet idealiter 3-6 weken na toediening van het Pneumovax 23-vaccin worden afgenomen*

**Werd er, voor toediening Pneumovax 23, gevaccineerd met een geconjugueerd pneumokokkenvaccin (PCV13, PCV15, PCV20, PCV21)?**

*deze informatie is noodzakelijk voor de interpretatie van de antistofrespons op Pneumovax 23-vaccin*

nee, geen PCV15, PCV20 of PCV21

ja

PCV13

PCV15\*

PCV20\*

PCV21\*

**OPMERKING INTERPRETATIE**

\* Indien voorafgaand PCV15, PCV20 of PCV21 werd toegediend, dan worden de serotypes, geïnccludeerd in dit vaccin, niet meegenomen in de interpretatie.

Voor meer uitleg over de Luminex®-gebaseerde assay en de interpretatie van de resultaten, zie: Cockx M, Haerynck F, Hoste L, Schrijvers R, Van der Werff T en Bosch J, et al. *Combined deficient response to polysaccharide-based and protein-based vaccines predicts a service clinical phenotype.* Clin Chem Lab Med. 2023 Sep. 21;62(1):138-149

AANVRAAGDATUM: _____ UUR ____ u ____	
<b>AANVRAGER</b> Dr.:	_____
Adres:	_____
I.D. nr.:	_____
R.I.Z.I.V.nr.:	_____
Handtekening	_____
AFNAME DATUM: _____ UUR ____ u ____	

EENHEID: _____	KAMER/BED: _____ / _____
PATIENT IDENTIFICATIE	
EAD-/HOS-nr.:	_____
Naam:	_____
Voornaam:	_____
Adres:	_____
Geboortedatum:	_____
Geslacht:	<input type="checkbox"/>
<b>VERZEKERINGSINSTELLING</b> KG1/KG2: _____ / _____	
Nr. verzekering:	_____
Verwantschap:	<input type="checkbox"/>
Stamnr.: _____	
Indien patiënt elders gehospit. is: Naam inrichting _____	
Identificatienr.:	_____
Dienst: _____	