

REFERENTIECENTRUM VOOR BORDETELLA PERTUSSIS

GELIEVE DIT FORMULIER MET HET STAAL OP TE STUREN NAAR:

PCR & KWEEK en CONFIRMATIE & TYPERING VAN STAMMEN

Prof. Dr D. Pierard
UZ Brussel
Microbiologie en Ziekenhuishygiëne
Laarbeeklaan 101, 1090 Jette
Tel.: 02/477.50.00
E-mail : labomicro@uzbrussel.be

ANTI-PERTUSSIS TOXINE ANTILICHAMEN

Dr. Huygen Kris
WIV - ISP
Dienst Immunologie
Engelandstraat 642, 1180 Brussel
Tel.: 02/373.33.76 ; Fax02/373.33.67
E-mail: caroline.rodeghiero@wiv-isp.be

*GEGEVENS OVER HET LABORATORIUM DAT HET STAAL VERSTUURT:

Naam verantwoordelijke:
Naam laboratorium:
Dienst:
Adres:
Postcode /Woonplaats:
Tel.: Fax:
Email adres:

VOORBEHOUDEN VOOR HET REFERENTIELABORATORIUM

*PATIËNTGEGEVENS

Naam:
Geslacht: M V onbekend
Geboortedatum:
Postcode /Woonplaats:
Rijksregisternummer
Nationaliteit:
Recent verblijf in het buitenland: ja nee. onbekend
Zo ja, land of streek:

KLINISCHE GEGEVENS

Datum begin symptomen :
*Hoest: ja nee onbekend
Duur van de hoest: weken dagen
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:
Asymptomatisch contact van een bevestigd geval: ja nee
Zo ja, geef de referenties van dit geval:
Werd de patiënt gehospitaliseerd ? ja nee
Andere symptomen:
Outcome : overleden datum overlijden:
 nog steeds ziek genezen onbekend

*GEGEVENS OVER HET STAAL

Respiratoire monster (naar UZ Brussel te verzenden)

Identificatienummer:
Datum afname:
Type monster: nasofaryngeaal aspiraats
 nasofaryngeaal spoeling
 nasofaryngeaal lavage
 nasofaryngeaal uitstrijk
 andere (afgeraden), preciezer

Stam (naar UZ Brussel te verzenden)

Identificatienummer:
Datum isolatie:
Geïsoleerd uit

Serum (naar WIV Engelandstraat te verzenden)

Identificatienummer:
Datum afname:
Werd er reeds een eerste serumstaal onderzocht
 ja nee
Zo ja : Referentie:
Datum:

*VACCINATIE GESCHIEDENIS

Werd de patiënt ooit gevaccineerd: ja nee onbekend
Zo ja,
hoeveel dosissen heeft hij gekregen:
datum laatste dosis:

Naam + voornaam van de aanvragende geneesheer:

.....

Stempel van de aanvragende geneesheer:

*Verplicht in te vullen