

SURVEILLANCE INFECTIEUZE AANDOENINGEN

Gelieve dit formulier met de stam op te sturen naar het referentielaboratorium

* Gegevens over het laboratorium dat de stam opstuurt

Naam verantwoordelijke:

Naam laboratorium:

Dienst:

Adres:

Postcode:

Tel.: Fax:

E-mail:

Voorbehouden voor het referentielaboratorium

Vaccinatie

Werd de patiënt gevaccineerd? ja nee onbekend

Indien ja, in welk jaar?

Gegevens over de patiënt

* Naam:

* Geslacht: M V onbekend

* Geboortedatum (of leeftijd):

* Postcode/Woonplaats:

Beroep:

Nationaliteit:

Recent verblijf in het buitenland: ja nee

Zo ja, land of streek:

Andere belangrijke gegevens

* Klinische gegevens:

- meningitis
- sepsis
- meningitis + sepsis
- onbekend
- andere:

Epidemiologische gegevens (bv.: import-pathologie, gegroepeerd geval, speciale resistentie, behandeling, ...):

.....

.....

.....

* Evolutie:

- genezen
- gunstig
- overleden
- onbekend

Opmerkingen:

.....

.....

.....

Gegevens over het staal

Vermoedelijke identificatie:

* Identificatienummer:

Gebaseerd op:

direct microscopisch onderzoek

onderzoek van oplosbare antigenen

biochemische identificatie van cultuur

MALDI-TOF MS

methoden zonder cultuur: PCR serologie

* Oorsprong:

Lumbaalvocht

sputum

bloed

urethraal/vaginaal secreet

keeluitstrijk

etter:

andere:

onbekend

* Datum van isolatie: (dd/mm/jjjj)

* verplicht in te vullen