

REFERENTIECENTRUM VOOR SEKSUEEL OVERDRAAGBARE AANDOENINGEN

Aanvraagformulier voor OPSPORING/ TYPERING van MPXV

GELIEVE DIT FORMULIER MET HET STAAL OP TE STUREN NAAR HET REFERENTIELABORATORIUM

Apr. D. VAN DEN BOSSCHE

Instituut Tropische Geneeskunde - Klinisch Referentielaboratorium (KRL)

Kronenburgstraat 43/3 - 2000 Antwerpen (België)

Tel : 03/247.64.45 / Fax : 03/247.07.89 / E-mail : krl-admin@itg.be

GEGEVENS OVER HET LABORATORIUM DAT HET STAAL OPSTUURT

Naam klinisch bioloog :

Naam laboratorium :

Tel : Fax :

Emailadres :

Naam+ RIZIVnr aanvragende arts :

.....

PATIENTGEGEVENS OF STICKER

Naam :

Geslacht : M V

Geboortedatum :

Rijksregisternr :

Straat + nr :

Postcode of woonplaats :

Nationaliteit :

Vaccinatiestatus pokken : Ja Nee

GEGEVENS OVER DE STALEN VOOR PCR

Afnamedatum :

Wissers letsels in functie van het klinisch beeld :

Huid : locatie

Anaal

Oraal

Genitaal

Wissers anus/rectum (indien MSM)

Andere stalen/wissers in functie van het klinisch beeld :

Speeksel

Keelwisser

Urine

Andere :

KLINISCHE GEGEVENS

Hospitalisatie : Ja Nee

Algemene symptomen : Ja Nee

Datum begin algemene symptomen :

Koorts Ja Nee

Hoofdpijn Ja Nee

Spier/rugpijn Ja Nee

Vermoeidheid Ja Nee

Lymfadenopathie Ja Nee

Andere, zo ja, welke :

Huidletsels : Ja Nee

Datum begin huidletsels :

Plaats van de letsels : Handen Voeten

Genitale zone

Andere :

Complicaties : Ja Nee

Zo ja, welke :

Bijkomende criteria gevalsdefinitie :

Contact met bevestigd geval : Ja Nee

Link met (risico-)event/gedrag : Ja Nee

Zo ja, specificeer :

Reis naar een land waar het MPXV circuleert : Ja Nee

Zo ja, specificeer land :

**Verzend de stalen gekoeld wanneer bewaard in de koelkast.
Indien ingevroren, verzend op droog ijs.**