

**REFERENTIECENTRUM VOOR CONGENITALE INFECTIES : *TOXOPLASMA GONDII*,
RUBELLA, *CYTOMEGALOVIRUS*, EN *PARVOVIRUS B19*.**

**GELIEVE HET STAAL SAMEN MET DIT INGEVULD FORMULIER OP TE STUREN NAAR EEN
VAN DE DRIE LABORATORIA:**

| | | |
|---|--|---|
| Prof. Dr. M-L Delforge H.U.B. - Hôpital Erasme <input type="checkbox"/> LRS/CNR Inf. Congénitales, route 480 Route de Lennik 808 1070 Brussel Tel.: 02/555.66.81 E-mail: LRS.erasme@hubruxelles.be | Prof. D. De Geyter UZ Brussel <input type="checkbox"/> Microbiologie en Ziekenhuishygiëne Laarbeeklaan 101 1090 Jette Tel.: 02/477.50.00 E-mail: labomicro@uzbrussel.be | Prof. Dr. E. Padalko UZ Gent <input type="checkbox"/> Laboratorium Klinische Biologie C. Heymanslaan 10, ingang 22, route 300 9000 Gent Tel.: 09/332.34.34 E-mail: labo.resultaten@uzgent.be |
|---|--|---|

AANGEVRAAGDE TESTEN PER LABORATORIUM :

| H.U.B. - Hôpital Erasme | UZ Brussel | UZ Gent |
|--|---|---|
| Serologische bevestiging van: <input type="checkbox"/> CMV <input type="checkbox"/> B19 <input type="checkbox"/> Rubella <input type="checkbox"/> Toxoplasma PCR : <input type="checkbox"/> CMV <input type="checkbox"/> B19 <input type="checkbox"/> Rubella <input type="checkbox"/> Toxoplasma | Serologische bevestiging van: <input type="checkbox"/> CMV <input type="checkbox"/> Rubella <input type="checkbox"/> Toxoplasma Celkweek : <input type="checkbox"/> CMV (RIZIV) PCR : <input type="checkbox"/> CMV <input type="checkbox"/> Toxoplasma (RIZIV) | Serologische bevestiging van: <input type="checkbox"/> CMV <input type="checkbox"/> B19 <input type="checkbox"/> Rubella <input type="checkbox"/> Toxoplasma PCR : <input type="checkbox"/> CMV |

***GEGEVENS OVER HET LABORATORIUM DAT HET STAAL OPSTUURT**

Naam verantwoordelijke:.....
 Naam laboratorium:
 Dienst:
 Adres:

 E-mail:
 Tel: Fax:

VOORBEHOUDEN VOOR HET REFERENTIECENTRUM

***KLINISCHE GEGEVENS**

Datum begin zwangerschap:.....

Reeds bekomen serologische resultaten (verplicht te vermelden) :

| Datum | Zwangerschaps duur | IgG | IgM | Andere |
|-------|-----------------------|-----|-----|--------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Klinische informatie:.....

Behandeling:.....

Resultaat van echografie:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Normaal | <input type="checkbox"/> Abnormaal |
| <input type="checkbox"/> Hydrops foetalis | <input type="checkbox"/> Hydrocephalie |
| <input type="checkbox"/> Microcephalie | <input type="checkbox"/> Intracraniele calcificatie |
| <input type="checkbox"/> Abdominaal hyperdensiteit | <input type="checkbox"/> Pleurale/pericardiale effusie |
| <input type="checkbox"/> Oligo/hydramnios | <input type="checkbox"/> Vertraagde intra-uterine groei |
| <input type="checkbox"/> Andere: | |

Serologische resultaten:

| | | |
|------------------|---------------------------------|--------------------------------------|
| Parvovirus B19 | <input type="checkbox"/> immuun | <input type="checkbox"/> niet immuun |
| <i>T. gondii</i> | <input type="checkbox"/> immuun | <input type="checkbox"/> niet immuun |
| Rubella | <input type="checkbox"/> immuun | <input type="checkbox"/> niet immuun |
| CMV | <input type="checkbox"/> immuun | <input type="checkbox"/> niet immuun |

***PATIENTGEGEVENS**

(In hoofdletters of een elektronische aanvraag toevoegen)

Naam:
 Voornaam:
 Geboortedatum:
 Adres:

 INSZ:
 In geval van pasgeborene, naam van de moeder:

***GEGEVENS OVER HET STAAL**

Identificatienummer:
 Afnamedatum:
 Oorsprong:

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Amnionvocht | <input type="checkbox"/> Foetaal bloed |
| <input type="checkbox"/> EDTA bloed | <input type="checkbox"/> Navelstreng bloed |
| <input type="checkbox"/> Serum | <input type="checkbox"/> Urine van kind |
| <input type="checkbox"/> CSV | <input type="checkbox"/> Guthriekaart** |
| <input type="checkbox"/> Placenta | <input type="checkbox"/> Speeksel/mondutstrijkje van kind |
| <input type="checkbox"/> Andere: | |

Analyse aangevraagd om volgende reden:

| |
|--|
| <input type="checkbox"/> Seroconversie bij zwangere vrouw |
| <input type="checkbox"/> IgM positief bij eerste serumstaal bij zwangere vrouw |
| <input type="checkbox"/> Abnormale ontwikkeling van de foetus |
| <input type="checkbox"/> Follow-up pasgeborene |

OPMERKINGEN

***Verplicht in te vullen**

****Guthriekaart: Gelieve 2 spots te bezorgen na toestemming van de ouders (of indien bij u kaart niet beschikbaar, geef aan waar het kind werd geboren). Het Hôpital Erasme voert geen testen op Guthriekaarten uit.**