

SURVEILLANCE VAN INFECTIEZIEKTEN Nationaal Referentiecentrum <i>Vibrio cholerae</i> en <i>Vibrio parahaemolyticus</i>	Labo code
--	-----------

Gelieve het staal samen met dit ingevuld formulier op te sturen naar: Rosalie SACHELI (Prof. P. De Mol / P. Melin)
Service de Microbiologie Clinique, CHU de Liège - Sart-Tilman, B-23 – 4000 Liège
 Tel. 04/284.36.67 / Fax 04/366.24.40 / email R.sacheli@chu.ulg.ac.be

Aangevraagde analyses

Bevestiging / identificatie van het genus en species

Indien *V. cholerae*:

- Bepaling van serogroep en serotype
 Opsporen van het cholera toxine CtxA met PCR
 Opsporen van de virulentie gen *TcpA* met PCR

Indien *V. parahaemolyticus*:

- Opsporen van hemolysines met PCR

Bevestiging van de gevoeligheid voor een specifiek antibioticum, preciseer:

Andere, preciseer:

<p>Gegevens over het laboratorium dat het staal opstuurt</p> <p>Naam verantwoordelijke:</p> <p>Naam laboratorium:</p> <p>Dienst:</p> <p>Straat + nr:</p> <p>Postcode + gemeente:</p> <p>Tel.: Fax:</p> <p>Emailadres:</p>	<p>Voorbehouden voor het referentiecentrum</p> <p>N° de référence : VIB /</p> <p>Réception le :</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Coördinaten van de betrokken hygiëne inspectie</p>
--	---

<p style="text-align: center;">Patientgegevens</p> <p>Naam (initialen/andere code):</p> <p>Geslacht: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> onbekend</p> <p>Geboortedatum:</p> <p>Postcode of woonplaats:</p> <p>Beroep:</p> <p>Nationaliteit:</p> <p>Hospitalisatie <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> verblijf op intensieve zorgen</p>	<p style="text-align: center;">Stam gegevens</p> <p>Uw referentienummer:</p> <p>Uw vermoedelijke identificatie:</p> <p>Oorsprong van stam:</p> <p><input type="checkbox"/> stoelgang <input type="checkbox"/> urine <input type="checkbox"/> andere, preciseer:</p> <p>Datum van staalafname:</p>
---	---

<p style="text-align: center;">Klinische gegevens</p> <p>Pathologie</p> <p><input type="checkbox"/> bacteriëmie <input type="checkbox"/> gastro-enteritis <input type="checkbox"/> infectie huid/zachte weefsels <input type="checkbox"/> otitis <input type="checkbox"/> andere</p> <p>Datum van begin symptomen:</p> <p>Als diarree:</p> <p><input type="checkbox"/> waterig <input type="checkbox"/> bloederig <input type="checkbox"/> hevig <input type="checkbox"/> aanhoudend</p> <p>Als dehydratatie:</p> <p><input type="checkbox"/> licht <input type="checkbox"/> matig <input type="checkbox"/> ernstig</p> <p>Andere symptomen:</p> <p><input type="checkbox"/> braken <input type="checkbox"/> koorts <input type="checkbox"/> buikpijn <input type="checkbox"/> andere</p> <p>Evolutie</p> <p><input type="checkbox"/> genezen <input type="checkbox"/> steeds ziek <input type="checkbox"/> overleden <input type="checkbox"/> ongekend</p> <p>Risicofactoren :</p> <p><input type="checkbox"/> hepatopatie <input type="checkbox"/> kanker <input type="checkbox"/> alcoholisme <input type="checkbox"/> suikerziekte <input type="checkbox"/> immunodepressie <input type="checkbox"/> corticosteroides <input type="checkbox"/> maagzuurremmers <input type="checkbox"/> geschiedenis maagverkleining <input type="checkbox"/> andere,</p>	<p style="text-align: center;">Epidemiologische gegevens</p> <p>Kennis van groepsgeval?</p> <p><input type="checkbox"/> geïsoleerd geval <input type="checkbox"/> vermoeden van groepsgeval <input type="checkbox"/> ongekend</p> <p>Land van oorsprong van symptomen:</p> <p>Vermoedelijke oorsprong van contaminatie? Binnen de 7 dagen voorafgaand aan de eerste symptomen:</p> <p>- Verblijf in het buitenland</p> <p><input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> ja, preciseer land</p> <p>- Contact met water mogelijk besmet</p> <p><input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> ja, preciseer.....</p> <p>- Behandeling met vis en zeevruchten</p> <p><input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> ja</p> <p>- Verbruik van vis en zeevruchten</p> <p><input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> ja, preciseer</p> <hr/> <p>Coördinaten van de clinicus om eventueel te contacteren (naam, tel.):</p>
---	--

Andere opmerkingen, uw resultaten, ...: