

<b>SURVEILLANCE VAN INFECTIEZIEKTEN</b> <b>Nationaal Referentiecentrum voor <i>Streptococcus agalactiae</i></b>	Labo code
--	-----------

**Gelieve het staal samen met dit ingevuld formulier op te sturen naar:**  
**Prof. P. MELIN**  
**Service de Microbiologie Clinique, CHU de Liège - Sart-Tilman, B-23 – 4000 Liège**  
Tel. 04/284.36.67 (04/366.24.39) / Fax 04/366.24.40 / email: Pierrette.Melin@chu.ulg.ac.be

**ANALYSE AANVRAAG, selecteer een van onderstaande**

Aanvraag voor **confirmatie van identificatie**  
 Aanvraag voor **capsulaire typering**  
 Aanvraag voor **confirmatie van MIC voor penicilline**  
 *Andere aanvraag, preciseer: .....*

<p><b>Gegevens over het laboratorium dat het staal opstuurt</b></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><b>Voorbehouden voor het referentiecentrum</b></p> <p>N° de référence : GBS / .....</p> <p>Réception le : .....</p> <p>Souche :</p> <p><input type="checkbox"/> n'a pas poussé  <input type="checkbox"/> identifiée <i>S.agalactiae</i>  <input type="checkbox"/> sérotype capsulaire : .....</p> <p>Remarque : .....</p>
--	--

<p style="text-align: center;"><b>Patientgegevens</b></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>Zwanger:   <input type="checkbox"/> ja           <input type="checkbox"/> nee           <input type="checkbox"/> onbekend</p> <p>Postcode of woonplaats : .....</p> <p>Nationaliteit: .....</p> <p>Evolutie :   <input type="checkbox"/> genezen   <input type="checkbox"/> overleden   <input type="checkbox"/> onbekend</p>	<p style="text-align: center;"><b>Klinische gegevens</b></p> <p>Klinische diagnose :</p> <p><input type="checkbox"/> meningitis                           <input type="checkbox"/> endocarditis  <input type="checkbox"/> bacteriëmie                       <input type="checkbox"/> onbekend  <input type="checkbox"/> infecties van de huid en weke delen  <input type="checkbox"/> bot- en gewrichtsinfecties  <input type="checkbox"/> andere : .....</p> <p>Geassocieerde factoren :</p> <p><input type="checkbox"/> diabetes                               <input type="checkbox"/> levercirrose  <input type="checkbox"/> immunodepressie  <input type="checkbox"/> andere : .....</p>
---	---

<p style="text-align: center;"><b>Gegevens over het staal</b></p> <p>Uw referentienummer: .....</p> <p><b>Oorsprong van de stam:</b></p> <p><input type="checkbox"/> CSV  <input type="checkbox"/> bloed  <input type="checkbox"/> urine  <input type="checkbox"/> gewrichtsvloeistof, preciseer: .....</p> <p><input type="checkbox"/> Andere: .....</p> <p><input type="checkbox"/> Geassocieerd met een ander pathogeen, preciseer :  .....</p> <p>Afnamedatum : .....</p>	<p style="text-align: center;"><b>Bijkomende inlichtingen in geval van neonatale infectie</b></p> <p><b>Kind :</b> leeftijd bij het begin van de infectie:  ..... dagen of ..... weken</p> <p><b>Moeder :</b> status van colonisatie/infectie bij de moeder</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 33%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> prenatal</td> <td style="width: 33%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> tijdens bevalling</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">positief</td> <td style="text-align: center;">negatief    onbekend</td> </tr> <tr> <td>vaginaal</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>vagino/rectum</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>urine</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>andere</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>indien positief, zal de stam van de moeder verstuurd worden?  <input type="checkbox"/> ja           <input type="checkbox"/> nee</p> <p><b>Te contacteren geneesheren (indien mogelijk) :</b>  Pediater : .....  Gynecoloog : .....</p> <p><b>Opmerkingen:</b> .....</p>		<input type="checkbox"/> prenatal	<input type="checkbox"/> tijdens bevalling		positief	negatief    onbekend	vaginaal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	vagino/rectum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	urine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> prenatal	<input type="checkbox"/> tijdens bevalling																	
	positief	negatief    onbekend																	
vaginaal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
vagino/rectum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
urine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	

**Andere belangrijke gegevens, uw resultaten, ...:**