

<b>SURVEILLANCE VAN INFECTIEZIEKTEN</b> <b>Nationaal Referentiecentrum <i>Vibrio cholerae</i> en <i>Vibrio parahaemolyticus</i></b>	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><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 style="text-align: center;"><b>Voorbehouden voor het referentiecentrum</b></p> <p>N° de référence : VIB / .....</p> <p>Réception le : .....</p> <hr/> <p style="text-align: center;"><b>Coördinaten van de betrokken hygiëne inspectie</b></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>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;"><b>Stam gegevens</b></p> <p>Uw referentienummer: .....</p> <p>Uw vermoedelijke identificatie: .....</p> <p><b>Oorsprong van stam:</b>  <input type="checkbox"/> stoelgang  <input type="checkbox"/> urine  <input type="checkbox"/> andere, preciseer: .....</p> <p>Datum van staalafname: .....</p>
---	---

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

**Andere opmerkingen, uw resultaten, ...:**