



Gegevens inzender

Naam/afd:
Ziekenhuis/Lab.:
Adres:
Postcode:
Plaats:
Tel. Lab.:
Aanvr. (huis)arts:
Tel. aanvr.:

Gegevens patiënt/naamplaatje

BSN:
Naam:
Voorletters: M/V:
Geb. datum:
Adres:
Postcode:
Woonplaats:
Meerling: ja nee

Aanvraag Bacteriologie | Mycologie | Parasitologie | Virologie voor antistofbepaling (humaan)

* Gegevens volledig invullen a.u.b. Onvolledige vermelding van gegevens kan leiden tot vertraging en/of foutieve diagnostiek en interpretatie.

Soort materiaal: serum liquor bloed
 anders, nl.:

Datum afname*:

Datum eerste ziektedag*:

Verblijf buitenland*: nee ja wanneer:
waar:

Uw labnummer:

Eerder monsters opgestuurd nee ja

Klinische gegevens*:

koorts

eosinofilie

lymfadenopathie:

gewrichtsklachten:

respiratoire klachten:

huidafwijkingen:

anders, nl.:

Bacteriologie T 06 2180 7713

Lyme borreliose (*Borrelia burgdorferi*)

- IgG en IgM blot, IgG/IgM ELISA
 alleen IgG en IgM blot, a.u.b. resultaat screeningstest vermelden.

Syfilis (*Treponema pallidum*)

- confirmatie (IgG)
 congenitale syfilis (IgM, a.u.b. serum van moeder en kind inzenden)

Rickettsiae

- Rickettsia screening (spotted fever en typhus)
(*Rickettsia conorii* en *R. typhi*)

- Kattenkrab** (*Bartonella henselae*) alleen IgM (IgG in overleg)

Anaplasma/Ehrlichia

- Humane Granulocytair Anaplasrose (HGA; o.a. Nederland)
(*Anaplasma phagocytophilum*)

- Tularemie** (*Francisella tularensis*) (IgG en IgM ELISA screening en IgG/IgM confirmatie) (Research basis)

Parasitologie T 06 2900 4057

Vul de klinische gegevens op de voorzijde van dit formulier zo volledig mogelijk in!

- Babesia
- Echinococcus granulosus
- Echinococcus multilocularis (alleen na overleg)
- Entamoeba histolytica (amoeben)
- Leishmania
- Taenia solium (cysticercose)
- Toxocara
- Trichinella

Diversen (na overleg):

DTP-antistoffen T 06 2180 7713

Immuunstatus onderzoek

- Difterie, Tetanus (*kinkhoest niet mogelijk*)
- Polio 1,2,3 (vaccinatie status hiernaast invullen)

Vaccinatie status t.a.v. DTP

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> vóór vaccinatie | <input type="checkbox"/> na vaccinatie |
| <input type="checkbox"/> volledig ($\geq 3 \times$ DKTP) | <input type="checkbox"/> niet |
| <input type="checkbox"/> aanvulling op 4-jarige leeftijd | <input type="checkbox"/> onbekend |
| <input type="checkbox"/> onvolledig (1 of 2 x DKTP) | <input type="checkbox"/> OPV <input type="checkbox"/> IPV |

Virologie T 06 2123 5023

Vul de klinische gegevens op de voorzijde van dit formulier zo volledig mogelijk in!

- ARBO virus mosaic: (vaccinatiestatus onderaan invullen)
- Chikungunya / Dengue / Japanese encephalitis (JEV) groep
 - West Nile
 - Zika virus
 - Sand fly fever
 - Tick-borne encephalitis (TBE) / FSME

- Hantavirusgroep (Puumala / Hantaan / Seoul / Dobrova / Sin Nombre / Saaremaa)
- Rubella IgM
- Mazelen IgM
- Overige: (uitsluitend na overleg)

I.v.m. kruisreactiviteit binnen de Arbovirussen s.v.p. vermelden:

Vaccinatie

- Gele koorts: ja nee
- Japanese encephalitis: ja nee
- Tick-borne encephalitis: ja nee

Restanten van het monstermateriaal kunnen **anoniem** worden gebruikt voor de bereiding van controlemateriaal of voor de evaluatie van nieuwe methoden. Indien de patiënt bezwaar maakt tegen dit 'nader gebruik', dient u dit kenbaar te maken op dit formulier. **Patiënt maakt bezwaar:** ja

Uitslagen worden verzonden conform de doorlooptijden Diagnostisch onderzoek zoals vermeld op www.RIVM.nl/diagnostischvademecum. Verpakkingsmateriaal vraagt u per email aan via IDS-administratie@rivm.nl. Voor meer informatie belt u de Administratie tel. 088 - 689 75 68, bereikbaar tussen 9.00 en 17.00 uur.

Centrum Infectieziekteonderzoek, Diagnostiek en laboratorium Surveillance (IDS, Pb 22), Antwoordernummer 54564, 3504 WC Utrecht.