UNIVERSITAIR ZIEKENHUIS BRUSSEL, LABORATORIUM MICROBIOLOGIE
Laarbeeklaan 101, 1090 Jette Tel.: 02/477.50.00 Fax: 02/477.50.15

PATIËNTGEGEVENS:
Naam: .....
Voornaam: .....
Geboortedatum: .....
Rijksregisternummer: .....
Adres: .....
Mutualiteit:

VOORSCHRIJVER: (kruis aan wat van toepassing is)
De voorschrijver is pediater: ☐ ja
☐ nee ***(facturatie aan patiënt, of doorverwijzend labo)***

STAAL: (kruis aan wat van toepassing is)
☐ posterieure nasopharynxuitstrijk
☐ nasopharynxspoeling
☐ nasopharynxaspiraat
☐ bronchoalveolaire lavage (BAL)
☐ bronchusaspiraat
☐ andere ***(facturatie aan patiënt, of doorverwijzend labo)***
preciseer: .....

PATIËNT EN KLINIEK: (kruis aan wat van toepassing is)

☐ **Er wordt aan ALLE onderstaande voorwaarden voldaan:**
- leeftijd < 16 jaar
- symptomen compatibel met kinkhoest > 6 dagen EN < 22 dagen
- patiënt is NIET gevaccineerd binnen de laatste 3 jaar
- patiënt heeft GEEN therapie met macroliden of trimethoprim/sulfamethoxazole ontvangen gedurende 5 dagen of meer
- dit is de eerste test voor deze diagnostische investigatiefase

☐ **Er wordt aan ALLE onderstaande voorwaarden voldaan:**
- leeftijd < 1 jaar
- patiënt is niet of onvolledig gevaccineerd (< 3 dosissen)
- patiënt vertoont catarrale symptomen gevolgd door kokhalzen, bradycardie en/of apneus
- patiënt heeft GEEN therapie met macroliden of trimethoprim/sulfamethoxazole ontvangen gedurende 5 dagen of meer
- dit is de eerste test voor deze diagnostische investigatiefase

(Indien niet VOLLEDIG wordt voldaan aan 1 van bovenstaande groepen voorwaarden, zal de test worden aangerekend aan de patiënt, of doorverwijzend labo.)

Verantwoordelijke uitgever: Prof. Dr. Denis Piérard Uitgiftedatum: 25/04/2019 Versie 1.01