

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 aanvragend laboratorium)

STAAL: (kruis aan wat van toepassing is)

☐ posterieure nasopharynxuitstrijk

☐ nasopharynxspoeling

☐ nasopharynxaspiraet

☐ bronchoalveolaire lavage (BAL)

☐ bronchusaspiraet

☐ andere (facturatie aan aanvragend laboratorium)

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 het aanvragend laboratorium.)