

SURVEILLANCE VAN INFECTIEZIEKTEN Nationaal Referentiecentrum <i>Vibrio cholerae</i> en <i>Vibrio parahaemolyticus</i>	Labo code
--	-----------

Gelieve het staal samen met dit ingevuld formulier op te sturen naar:
Rosalie SACHELI (Prof. M-P Hayette)
Service de Microbiologie Clinique, CHU de Liège - Sart-Tilman, B-23 – 4000 Liège
 Tel. 04/366.96.12 / Fax 04/366.24.40 / email R.sacheli@chuliege.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
 Bevestiging van de gevoeligheid voor een specifiek antibioticum, preciseer:
 Andere, preciseer:

Indien *V. parahaemolyticus*:
 Opsporen van hemolysines met PCR

<p style="text-align: center;">Gegevens over het laboratorium dat het staal opstuurt</p> Naam verantwoordelijke: Naam laboratorium: Dienst: Straat + nr: Postcode + gemeente: Tel.: Fax: Emailadres:	<p style="text-align: center;">Voorbehouden voor het referentiecentrum</p> N° de référence : VIB / Réception le : Souche : <input type="checkbox"/> n'a pas poussé <input type="checkbox"/> identifiée <i>V. cholerae</i> <input type="checkbox"/> O-1 <input type="checkbox"/> O-139 <input type="checkbox"/> non O1 non O139 <input type="checkbox"/> Inaba <input type="checkbox"/> Ogawa <input type="checkbox"/> Hikojima <input type="checkbox"/> Gène <i>CtxA</i> présent <input type="checkbox"/> identifiée <i>V. parahaemolyticus</i> <input type="checkbox"/> Gène(s) hémolysines présent(s) <input type="checkbox"/> identifiée :
---	---

<p style="text-align: center;">Patientgegevens</p> Naam (initialen/andere code): Geslacht: <input type="checkbox"/> ♂ <input type="checkbox"/> ♀ <input type="checkbox"/> onbekend Geboortedatum: Postcode of woonplaats: Beroep: Nationaliteit: Hospitalisatie <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> verblijf op intensieve zorgen	<p style="text-align: center;">Stam gegevens</p> Uw referentienummer: Uw vermoedelijke identificatie: Oorsprong van stam: <input type="checkbox"/> stoelgang <input type="checkbox"/> urine <input type="checkbox"/> andere, preciseer: Datum van staalafname:
--	--

<p style="text-align: center;">Klinische gegevens</p> Datum van begin symptomen: Diarree: <input type="checkbox"/> waterig <input type="checkbox"/> bloederig <input type="checkbox"/> 痢疾 <input type="checkbox"/> aanhoudend Dehydratatie: <input type="checkbox"/> licht <input type="checkbox"/> matig <input type="checkbox"/> 脱水症 Andere symptomen: <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> buikpijn <input type="checkbox"/> infectie huid/zachte weefsels <input type="checkbox"/> andere Evolutie <input type="checkbox"/> genezen <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 痊愈 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 痊愈 Coördinaten van de clinicus om eventueel te contacteren (naam, tel.):	<p style="text-align: center;">Epidemiologische gegevens</p> Kennis van groepsgeval? <input type="checkbox"/> geïsoleerd geval <input type="checkbox"/> vermoeden van groepsgeval <input type="checkbox"/> ongekend Land van oorsprong van symptomen: Vermoedelijke oorsprong van contaminatie? Binnen de 7 dagen voorafgaand aan de eerste symptomen: - Verblijf in het buitenland <input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> ja, preciseer land - Contact met water mogelijk besmet <input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> ja, preciseer..... - Behandeling met vis en zeevruchten <input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> ja - Verbruik van vis en zeevruchten <input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> ja, preciseer
Andere opmerkingen, uw resultaten, ...:	Coördinaten van de betrokken hygiëne inspectie: