

REFERENTIECENTRUM VOOR SEKSUEEL OVERDRAAGBARE AANDOENINGEN
Aanvraagformulier voor CONFIRMATIE van NEISSERIA GONORRHOEAE

*Labocode

GELIEVE DIT FORMULIER MET DE STAM OP TE STUREN NAAR HET REFERENTIECENTRUM
Apr. D. VAN DEN BOSSCHE

Instituut Tropische Geneeskunde - Klinisch Referentielaboratorium (KRL)

Kronenburgstraat 43/3 - 2000 Antwerpen (België)

Tel : 03/247.65.52 – 03/247.64.45 / Fax : 03/247.07.89 / E-mail : dvandenbossche@itg.be

***Gegevens over het laboratorium dat de stam opstuurt**

Naam klinisch bioloog :

Naam laboratorium :

Adres :

Postcode/Woonplaats :

Tel.: Fax :

E-mail :

Naam + RIZIV nr aanvragende arts :

.....

Voorbehouden voor het referentiecentrum

Klinische en epidemiologische gegevens*

Symptomen :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Asymptomatisch | <input type="checkbox"/> Artritis |
| <input type="checkbox"/> Urethritis | <input type="checkbox"/> Epididymitis |
| <input type="checkbox"/> Cervicitis | <input type="checkbox"/> Acute salpingitis |
| <input type="checkbox"/> Proctitis | <input type="checkbox"/> PID |
| <input type="checkbox"/> Faryngitis | <input type="checkbox"/> Conjunctivitis |
| <input type="checkbox"/> Onbekend | |
| <input type="checkbox"/> Andere: | |

Primo-infectie : Ja Neen Onbekend

Vermoedelijke transmissie :

- Heteroseksueel
 Homoseksueel
 Biseksueel
 Moeder op kind transmissie
 Onbekend

Sexwerker ? Sekswerker contact ?

- Werkzaam in prostitutie
 Contact met sekswerker
 Onbekend

HIV status :

- Negatief
 Negatief op PrEP
 Positief
 Nieuwe HIV diagnose
 Onbekend

Co-infecties :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Geen | <input type="checkbox"/> Genitale wratten |
| <input type="checkbox"/> Chlamydia | <input type="checkbox"/> Genitale Herpes |
| <input type="checkbox"/> LGV | <input type="checkbox"/> Hepatitis B |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis C | <input type="checkbox"/> Mycoplasma genitalium |
| <input type="checkbox"/> Syfilis | <input type="checkbox"/> Ureaplasma |
| <input type="checkbox"/> Onbekend | |
| <input type="checkbox"/> Andere : | |

Behandeling :

Resistentie :

Gegevens over de patiënt

*Naam (initialen/andere code) :

*Geslacht : M V Andere Onbekend

*Geboortedatum (of leeftijd) :

*Postcode / Woonplaats :

*Geboorteland :

Nationaliteit :

Recent verblijf buitenland : Ja Neen

Zo ja, land of streek :

Gegevens over het staal

Vermoedelijke identificatie :

*Identificatienummer :

*Gebaseerd op :

- Microscopisch onderzoek
 Cultuur en biochemische identificatie
 PCR
 Maldi-Tof
 Andere :

*Oorsprong :

- Urethraal / genitaal / vaginaal secreet
 Anaal
 Pharyngeaal
 Lumbaal vocht
 Bloed
 Etter :
- Andere :

Datum isolatie :

*** ABSOLUUT IN TE VULLEN**