

SURVEILLANCE INFECTIEUZE AANDOENINGEN
Referentielaboratorium voor HANTAVIRUS infecties

GELIEVE DIT FORMULIER MET HET STAAL OP TE STUREN NAAR HET REFERENTIELABORATORIUM

Dr. C. Vandenvelde
Militair Hospitaal Koningin Astrid
MDBT/RLVBD
Bruynstraat, 1120 Brussel
Tel : 02-264 4044 of 4680
Fax : 02-264 4608

Identificatie/ Stempel van het laboratorium	Vorbehouden voor Ref. Lab.
Naam verantwoordelijke	
Naam Labo	
Dienst	
Adres	
Postcode	
Plaats	
Tel :	
Fax :	
e-mail :	

Gegevens patiënt	Klinische gegevens :
Naam :	Datum van beginsymptomen :/...../20.....
Voornaam :	Opname in ziekenhuis : Ja Neen
Geslacht : M / V / Onbekend	Zo ja, datum :/...../200.....
Geboortedatum :	Dialyse : Ja Neen
Adres :	Nierbiopsie : Ja Neen
Postcode :	Grote nieren op Rx/Echo : Ja Neen
Plaats :	Acute myopie : Ja Neen
Beroep :	Geïnjecteerde conjunctivae : Ja Neen
Nationaliteit :	Hematurie : Ja Neen
Recent verblijf in buitenland : J / N	Oligurie :ml/24u
Zo ja ; waar :	Trombocyten :/mm ³
Gegevens over het staal	Creatinine :mg%
Identificatienummer :	Cholesterol :mg%
Afnamedatum : / / 200....	Triglyceriden :mg%
	HDL :mg%

SURVEILLANCE DES MALADIES INFECTIEUSES
Laboratoire de Référence des Infections à HANTAVIRUS

FORMULAIRE A RENVOYER AVEC L'ECHANTILLON AU LABORATOIRE DE REFERENCE :

Dr. C. Vandenvelde
Hôpital Militaire Reine Astrid
SMTS/RLVBD
Rue Bruyn, 1120 Bruxelles
Tel : 02-264 4044 of 4680
Fax : 02-264 4608

Identification du laboratoire	Réservé au Lab. de Ref.
Nom responsable.....	
Nom Labo	
Service	
Adresse	
Code postale.....	
Localité.....	
Tel :	
Fax :	
e-mail :	

Renseignements concernant le patient	Renseignements cliniques
Nom :	Date du début de la maladie:/...../20.....
Prénom :	Admission à l'hôpital : Oui Non
Sexe : H / F / Inconnu	Si oui, date:/...../200.....
Date de naissance	Dialyse : Oui Non
Adresse :	Biopsie rénale : Oui Non
Code postale :	Gros reins au Rx/à l'écho : Oui Non
Localité :	Myopie aigue: Oui Non
Profession :	Conjonctives injectées : Oui Non
Nationalité :	Hématurie : Oui Non
Séjour récent à l'étranger: Oui / Non	Oligurie :ml/24h
Si oui, pays :	Thrombocytes :...../mm ³
Renseignements concernant l'échantillon	Créatinine :mg%
Identification :	Cholestérol :mg%
Date de prélèvement : / / 200....	Triglycérides :.....mg%
	HDL :mg%