

Eurofins PAMM
Medische Microbiologie

HUISARTS en OVERIGE

Voorletters Geboortedatum BSN

[] Man [] Vrouw

Naam Meisjesnaam

Adres Postcode Woonplaats

Naam zorgverzekeraar / nummer

Aanvrager:

Kopie aan:

Afname datum en tijd:

KLINISCHE GEGEVENS & OVERIGE AANVRAGEN (SOORT MATERIAAL EN ONDERZOEK AANGEVEN) Niet in rood schrijven !

Eerste ziektedag / ziekteduur infectie:

Aanvullende klinische gegevens (reisanamnese):

Antibiotica (welke, sinds wanneer):

Zwanger

* Localisatie hierboven vermelden !

niet in onderstaande vakken bijschrijven !

<p>DIARREE</p> <p>Faeces (9) <input type="checkbox"/> Bacterieel en parasitaire protozoa (PCR)</p> <p><input type="checkbox"/> Clost. difficile toxine (PCR)</p> <p><input type="checkbox"/> Virale gastroenteritis (PCR)</p> <p>norovirus, rotavirus, adenovirus, sapovirus, astrovirus</p>	<p>LUCHTWEGINFECTIES</p> <p><input type="checkbox"/> Keeluitstrijk (1)</p> <p><input type="checkbox"/> Sputum (8)</p> <p><input type="checkbox"/> Nasopharynx uitstrijk (2)</p> <p><input type="checkbox"/> Keel/Nasopharynx uitstrijk (17)</p> <p>Stolbloed</p>	<p>URINEWEGINFECTIES</p> <p>Kweek indien gecompliceerde of recidiverende infectie of < 12 jaar of zwanger</p> <p><input type="checkbox"/> Urine (5) <input type="checkbox"/> Kweek met resistentie</p> <p><input type="checkbox"/> Plaszakje (5)</p> <p><input type="checkbox"/> Verblifscath. urine (5)</p>
<p>OVERIGE BUIJKLACHTEN / PERI-ANALE JEUK</p> <p>Faeces (9) <input type="checkbox"/> Worm (eieren)</p> <p>Plakband (29) <input type="checkbox"/> Enterobius</p>	<p>LYME / BORRELIA</p> <p>Stolbloed <input type="checkbox"/> Borrelia</p>	<p>GENITAAL</p> <p><input type="checkbox"/> Lochia (kweek) (1)</p> <p>Vaginaaluitstrijk <input type="checkbox"/> GBS Screening (1)</p> <p><input type="checkbox"/> Gisten zonder resistentie (1)</p> <p><input type="checkbox"/> Gisten met resistentie (1)</p> <p>Objectglas <input type="checkbox"/> Bacteriele vaginose (29)</p>
<p>DYSPEPSIE / ULCUSLIJDEN</p> <p>Faeces (9) <input type="checkbox"/> H. pylori antigeen</p> <p>Stolbloed <input type="checkbox"/> H. pylori IgG</p>	<p>LYMFADENTITIS</p> <p>Stolbloed</p> <p>Lokaal</p> <p><input type="checkbox"/> AST + anti DNase B</p> <p><input type="checkbox"/> Kattenkrab (Bart. henselae)</p> <p>Gegeneraliseerd</p> <p><input type="checkbox"/> CMV</p> <p><input type="checkbox"/> EBV</p> <p><input type="checkbox"/> Toxoplasmose</p> <p><input type="checkbox"/> Parvovirus</p>	<p>ZWANGERSCHAPSSCREENING</p> <p>S.v.p. formulier tbv Provinciale entadministratie gebruiken</p>
<p>HEPATITIS</p> <p>Stolbloed <input type="checkbox"/> Acute hepatitis</p> <p>HAV, HBV, HCV, HEV, CMV en EBV</p> <p><input type="checkbox"/> Hepatitis A</p> <p><input type="checkbox"/> Hepatitis B</p> <p><input type="checkbox"/> Hepatitis C</p> <p><input type="checkbox"/> Hepatitis E</p> <p><input type="checkbox"/> CMV</p> <p><input type="checkbox"/> EBV</p> <p>Immuunstatus / Vaccinatie controle na 4-6 weken</p> <p>Stolbloed <input type="checkbox"/> Anti HBs</p> <p><input type="checkbox"/> Hepatitis A Ig Totaal</p>	<p>SOA</p> <p>Stolbloed <input type="checkbox"/> HIV</p> <p><input type="checkbox"/> Hepatitis B</p> <p><input type="checkbox"/> Lues (syphilis)</p> <p><input type="checkbox"/> C. trachomatis (PCR)</p> <p><input type="checkbox"/> N. gonorrhoeae (PCR)</p> <p><input type="checkbox"/> Trichomonas vag. (PCR)</p> <p><input type="checkbox"/> SOA pakket (PCR)</p> <p><input type="checkbox"/> Kweek N. gonorrhoeae (2)</p> <p><input type="checkbox"/> Herpes simplex (PCR)</p>	<p>OVERIGE</p> <p>Stolbloed <input type="checkbox"/> Dengue virus</p> <p><input type="checkbox"/> Hanta virus</p> <p><input type="checkbox"/> Parvovirus B19</p> <p><input type="checkbox"/> Rickettsia</p> <p><input type="checkbox"/> Varicella zoster virus IgG</p> <p><input type="checkbox"/> Zikavirus **</p> <p><input type="checkbox"/> Chikungunyavirus</p>
<p>HUD / WOND INFECTIE / BLAASJES</p> <p>Uitstrijk (1)* <input type="checkbox"/> Kweek met resistentie</p> <p><input type="checkbox"/> Kweek op gisten</p> <p><input type="checkbox"/> Herpes simplex (PCR) (17)</p> <p><input type="checkbox"/> VZV (PCR) (17)</p> <p>Huid/haar/nagel (8) <input type="checkbox"/> Huidschimmels</p> <p><input type="checkbox"/> Kweek op gisten</p>	<p>KINKHOEST</p> <p>Stolbloed <input type="checkbox"/> Bordetella pertussis IgG</p> <p>Nasopharynx uitstrijk (2) <input type="checkbox"/> Bordetella pertussis DNA (PCR)</p>	<p>BIJZONDER RESISTENTE MICRO-ORGANISMEN</p> <p><input type="checkbox"/> Keel (1) <input type="checkbox"/> MRSA</p> <p><input type="checkbox"/> Neus (1) <input type="checkbox"/> BRMO</p> <p><input type="checkbox"/> Rectumuitstrijk (1)</p> <p><input type="checkbox"/> Wonduitstrijk (1)*</p> <p><input type="checkbox"/> Verblifscath. urine (5)</p> <p>Svp reden vermelden:</p> <p><input type="checkbox"/> Buitenlands ziekenhuis</p> <p><input type="checkbox"/> Vee gerelateerd</p> <p><input type="checkbox"/> Overige</p>

Aparte instructies! **

* Indien anders, boven vermelden

** Zie 'diagnostisch vademecum' op pamm.nl voor informatie



PAMM

De Run 6250, 5504 DL Veldhoven T. +31 (0)88- 444 21 00
Postbus 2, 5500 AA Veldhoven PAMM.NL



000030010230

LET OP!! Op elk materiaal een van deze barcode stickers in de lengterichting plakken!!