

Naam, Meisjesnaam: \_\_\_\_\_

Geslacht \_\_\_\_\_

Geboortedatum \_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_

FIN nummer \_\_\_\_\_

AZV-relatienummer \_\_\_\_\_

TelefoonNr. \_\_\_\_\_

Stempel en Handtekening Arts

AGB-actie

Zo  en niet zo

AFKOMST MATERIAAL	TELEFOON	BACTERIOLOGIE & PARASITOLOGIE	TELEFOON	DATUM AFNAME
<input type="checkbox"/> Hospitaal/Afdeling _____	527-4905	Arts-microbioloog/Microbioloog	523-5521	Datum: _____ Tijd: _____
<input type="checkbox"/> Centro Medico	524-8879			<input type="checkbox"/> Portie 1
<input type="checkbox"/> Oranjestad	582-1124	Afdeling Bacteriologie	523-5523/24	<input type="checkbox"/> Portie 2
<input type="checkbox"/> Piedra Plat (Piedra Plat 44-3, Shon Building)	585-2230	Caya Dr. J.E.M. Arends # 9		<input type="checkbox"/> Portie 3

VRAAGSTELLING	VRAAGSTELLING	MATERIAAL
<b>Bacteriologisch onderzoek</b>	<b>Mycobacteriologisch onderzoek</b>	<b>Maag-darmkanaal</b>
<input type="checkbox"/> BGRP Grampreparaat <input type="checkbox"/> BDOP Donkerveld <input type="checkbox"/> BROK Routine kweek <sup>4</sup> <input checked="" type="checkbox"/> BRUK Urine kweek <sup>4</sup> <input type="checkbox"/> BROK Groep B streptococci screening <input type="checkbox"/> BLEG Legionella kweek <input checked="" type="checkbox"/> BLEA Legionella antigeen test <sup>8</sup> <input checked="" type="checkbox"/> STPU Strep. pneumoniae antigeen test <input checked="" type="checkbox"/> BNGK Gonococci (GO) kweek <input checked="" type="checkbox"/> PCGO PCR Chlamydia trach./ GO <sup>5</sup> <input type="checkbox"/> BGVK Gardnerella <input type="checkbox"/> BMRK MRSA kweek <input type="checkbox"/> PMRS PCR MRSA dragerschap <sup>9</sup> <input checked="" type="checkbox"/> BRMO BRMO/ESBL screening <input checked="" type="checkbox"/> BVCK Vibrio cholera <input checked="" type="checkbox"/> BSSK Salmonella, Shigella en Campylobacter <input checked="" type="checkbox"/> BCBK Colibray <input checked="" type="checkbox"/> BYEK Yersinia enterocolitica <input type="checkbox"/> BCDA Clostridium toxine <input type="checkbox"/> BHPK Helicobacter pylori <sup>1</sup> kweek	<input type="checkbox"/> BZNP Ziehl-Neelsen (ZN) preparaat <input type="checkbox"/> BRAP Rhodamine/Auramine kleuring <input type="checkbox"/> BTBK TBC/A-typische TB kweek <input type="checkbox"/> BTBG TBC-resistentie <sup>6</sup> <input type="checkbox"/> PTBC PCR-TBC <sup>10</sup> <b>Mycologisch onderzoek</b> <input type="checkbox"/> BKOP KOH-preparaat <input type="checkbox"/> BOCP Oostindische inkt preparaat (Cryptococci) <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> BGSK Schimmel en Gisten <b>Parasitologisch onderzoek</b> <input type="checkbox"/> BACW Amoeben, Cysten en Worm(eieren) <input checked="" type="checkbox"/> BTVK Trichomonas vaginalis <sup>5</sup> <input type="checkbox"/> BCCP Cryptosporidium <input type="checkbox"/> BMAP Malaria <sup>7</sup> (dikke druppel) <input type="checkbox"/> BTAP Tape test (Enterobius vermicularis) <b>Overig onderzoek</b> <input type="checkbox"/> BOBF Occult bloed <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> BPHF pH <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> BVEF Vertering <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> BRVF Rotavirus antigeen test <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> NOVI Norovirus antigeen test <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> HYPA Helicobacter pylori antigeen test <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> Overig _____	<input type="checkbox"/> Faeces <input type="checkbox"/> Overig _____ <b>Luchtwegen</b> <input type="checkbox"/> Sputum <input type="checkbox"/> Bronchiaalsecreet <input type="checkbox"/> Keel/tonsilluitstrijk <input type="checkbox"/> Nasopharynxuitstrijk <input type="checkbox"/> Neusuitstrijk <input type="checkbox"/> Overig _____ <b>Huid en huidwonden</b> <input type="checkbox"/> Decubitus <input type="checkbox"/> Wonduitstrijk <sup>4</sup> _____ <input type="checkbox"/> Pus uit <sup>4</sup> _____ <input type="checkbox"/> Perineum <input type="checkbox"/> Oog <input type="checkbox"/> Oor <input type="checkbox"/> Overig _____ <b>Urogenitaalstelsel</b> <input checked="" type="checkbox"/> Urine per catheter <input checked="" type="checkbox"/> Urine zonder ingreep <input checked="" type="checkbox"/> Urine midstream <input checked="" type="checkbox"/> Urine per punctie <input type="checkbox"/> Genitaal fluor <input type="checkbox"/> Sperma <input type="checkbox"/> Urethra <input type="checkbox"/> Overig _____ <b>Lichaamsvloeistoffen e.a. materiaal</b> <input type="checkbox"/> Ascites <input type="checkbox"/> Bloed <input type="checkbox"/> Liquor <input type="checkbox"/> Dialyse-vloeistof (CAPD) <input type="checkbox"/> Overig _____
<b>KLINISCHE GEGEVENS EN ANTIBIOTICA GEBRUIK:</b>		
<b>OPMERKINGEN</b>		
<sup>1</sup> In maag biopt <sup>2</sup> In liquor <sup>3</sup> In faeces <sup>4</sup> Specificeer materiaal/plaats <sup>5</sup> Urine of droge swab	<sup>6</sup> Buitenland na overleg met (arts)-microbioloog <sup>7</sup> Vermeld bezoek buitenland <sup>8</sup> Alleen in urine <sup>9</sup> Alleen neus, keel, perineum (duo swab) <sup>10</sup> PCR op Mycobacterium tuberculosis (Alleen op sputum/BAL)	
<b>Let op: VRAAGSTELLING en MATERIAAL aankruisen</b>		