

AANVRAAGFORMULIER
**SCREENING gram negatieve bacteriën met
verminderde gevoeligheid (MRGN)**

PATIËNTGEGEVENS (volledig invullen of vignet kleven a.u.b.) Naam: Voornaam: Gesl.: M / V Adres: Nr. Postnr.: Gemeente: Geboortedatum: <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> Mutualiteitsgegevens: Ambulant <input type="checkbox"/> Verblijvend <input type="checkbox"/> Rijksregisternummer:	AANVRAGER Dr. RIZIV nr.: Aanvraagdatum (DD-MM-JJJJ): <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> Handtekening:
---	--

KLINISCHE GEGEVENS

STAALIDENTIFICATIE Afnamedatum (DD-MM-JJJJ): <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> Afnametijdstip (UU-MM): <input type="text"/> - <input type="text"/> Afnamesite: <input type="checkbox"/> Rectumwisser <input type="checkbox"/> Stoelgang <input type="checkbox"/> Ander staaltype (specifieer): Op te sporen kiem: <input type="checkbox"/> <i>Klebsiella pneumoniae</i> <input type="checkbox"/> <i>E. coli</i> <input type="checkbox"/> <i>Enterobacter cloacae</i> <input type="checkbox"/> <i>Pseudomonas aeruginosa</i> <input type="checkbox"/> <i>Acinetobacter baumannii</i>
--

→ STAAL ZO VLUG MOGELIJK NAAR LABO BRENGEN EN IN KOELKAST PLAATSEN!

GELIEVE IN TE VULLEN: <input type="checkbox"/> Heropname van een gekende MRGN positieve patiënt <input type="checkbox"/> Opvolgstaal van een MRGN positieve patiënt <input type="checkbox"/> Wekelijkse screening tijdens het verblijf op een risico-afdeling (bv. een afdeling met een uitbraak) <input type="checkbox"/> Opname screening bij opname op een risico-afdeling (bv. een afdeling met een uitbraak) <input type="checkbox"/> Opname screening bij opname van een MRGN risk patiënt (bv. iemand die verbleef op een afdeling tijdens een uitbraak of kamergenoot van een MRGN positieve patiënt) <input type="checkbox"/> Screening MRGN risk patiënt tijdens het verblijf in het ziekenhuis (bv. kamergenoot van een MRGN positieve patiënt) <input type="checkbox"/> Screening dialyse patiënt
