



Aanvraagformulier Influenza A/H1N1

Patiënt (of kleeftvignet)

Naam: _____ Voornaam: _____ M/V

Adres: _____

Postnummer: _____ Gemeente: _____

Geb.datum: _____ Rijksregisternummer: _____

Indien opname in ziekenhuis Datum opname: ____/____/____ (dd/mm/jjjj)

Naam ziekenhuis : _____

Adres: _____

Klinische informatie:

Datum eerste symptomen: ____/____/____ (dd/mm/jjjj)

Lichaamstemperatuur hoger dan 38°C: Ja Nee Onbekend

Hoest : Ja Nee Onbekend

Algemeen onwel zijn: Ja Nee Onbekend

Dyspnea: Ja Nee Onbekend Zo ja, grad van dyspnea:

Andere: _____

Afname neus-, keeluitstrijkje

Datum staalafname: ____/____/____ (dd/mm/jjjj) Nasopharyngeaal Pharynx

Andere staalafname: Ja Nee Onbekend Type staal:

Uit te voeren testen:

PCR op Influenza A/H1N1 (17539)

Aanvragende geneesheer
(stempel en handtekening):

Kopie aan: