

## Bijlage I Registratieformulier I-GAS

Datum aanmelding:

Melding verwerkt door:

---

### PERSOONSgegevens

Naam en voorletter(s):

M / V

Naam echtgenoot/partner:

Voornaam:

Geboortedatum:

Straat en huisnummer:

Postcode en woonplaats:

Telefoon / GSM:

Huisarts:

Verzekering:

Registratienummer:

Geboorteland:

Moeder:

Vader:

---

OSIRIS NUMMER:

---

Melder:

Behandelaar:

Naam school / kdv / werk:

Groep / klas:

Adres:

Contactpersoon:

---

Verpleegkundige opmerkingen:

---

Gerelateerd geval: JA / NEE

- Gezin
- Instelling
- Overige, nl:

Indien instelling, soort instelling:

- Asielzoekerscentrum
- Instelling verstandelijk gehandicapten
- Dak- en thuislozenopvang
- internaat/Jeugdinstelling/ Kindercentrum
- School/
- Zorg instelling: Verpleeghuis/ Verzorgingshuis/ Ziekenhuis
- Overige, nl:

Behandeld door:

- Huisarts:
- Ziekenhuis:
  - Naam ziekenhuis:
  - Poliklinische behandeling: JA / NEE
  - Klinische behandeling: JA / NEE
  - Naam / sein zaalarts:

Pat.nr:

Afdeling:

Datum opname: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Is patiënt op de hoogte van de uitslag:

JA / NEE

Brief oproep patiënt; n.v.t. / verstuurd: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### Gegevens laboratoriumonderzoek

Naam laboratorium:

Datum afname:

Materiaal: Bloed / Preoperatiefweefsel / Liquor / Pleurapunctaat  
Anders namelijk ;

Methode: antistofbepaling / PCR / kweek / anders

Resultaat:

Typering:

1e ziekte dag \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Toxische/septische shock Ja / Nee / Onbekend

Necrotiserende fasciitis Ja / Nee / Onbekend

Puerperale sepsis Ja / Nee / Onbekend

Onlangs contact met gehad met gezondheidszorginstellingen en/of medewerkers:

Ja/Nee/Onbekend

Kraamzorg / huisarts / ziekenhuis / thuiszorg / anders:.....

Datum laatste contact: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Heeft er toen een bevalling, medische ingreep of operatie plaats gevonden? Nee/Onbekend

Omschrijving medische ingreep: \_\_\_\_\_

Datum ingreep: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Bekend met onderliggende ziekte? Ja / Nee / Onbekend

Chronische ziekte / gestoorde afweer / milttextirpatie / anders \_\_\_\_\_

Mogelijke besmettingsbron: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Meest waarschijnlijke land besmetting? \_\_\_\_\_

Mogelijke andere landen \_\_\_\_\_

Registratie contacten:

(Huishoudcontacten (H); Nauwe contacten(N))

Partner

Ouders

Kinderen

Broers en zussen

Huisgenoten

Anders:

Afspraken profylaxe: