

# Bijlage 4 Registratieformulier rabiës PEP

Dit formulier is bedoeld voor GGD-medewerkers als hulpmiddel bij de boordeling en afhandeling van een incident met rabiërisico. Dit document is onderdeel van de LCI-richtlijn Rabiës.

## Anamnese

Datum melding : \_\_\_\_\_ Melding verwerkt door: \_\_\_\_\_

### PERSOONSgegevens

BSN :  
Naam en voorletter(s) :  
Voornaam :  
Geboortedatum :  
Straat en huisnummer :  
Postcode en woonplaats :  
Telefoon :  
Huisarts :  
Melder :

### gegevens Incident (nodig voor overleg LCI)

1. Datum incident:
2. Land incident:
3. Toelichting (plaats, streek):
4. Omschrijving van het incident:

### gegevens DIER:

5. Diersoort:

- Hond Aap  
Kat Vleermuis  
Anders nl:

6. Aanvullende gegevens:

- Levend dier Dood dier  
Zwerfdier of wild dier  (Traceerbaar) huisdier  
Anders nl:

7. Gedrag dier:

- Geen afwijking gedrag Normaal (agressief) gedrag  
Defensief gedrag Onverwacht (agressief) gedrag  
Gedrag onbekend

8. Is de diereigenaar bekend:

- Nee Ja

Contactgegevens:

9. Vaccinatiestatus dier:

- Gevaccineerd (vraag foto vaccinatiebewijs) Gevaccineerd, geen bewijs  
Niet gevaccineerd Onbekend

Datum laatste rabiësvaccinatie dier:

10. Dier beschikbaar voor observatie:

- Ja Nee

GEGEVENS VERWONDING:

11. Aard van verwonding

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Aanraking                       | <input type="checkbox"/> Lik op oppervlakkig beschadigde huid             |
| <input type="checkbox"/> Lik op intacte huid             | <input type="checkbox"/> Beet door de huid heen (transdermaal)            |
| <input type="checkbox"/> Knabbelen aan de intacte huid   | <input type="checkbox"/> Diepe laceratie (d.w.z. tot op het spierweefsel) |
| <input type="checkbox"/> Krab of ontvelling zonder bloed | <input type="checkbox"/> Verontreiniging slijmvlies met speeksel          |
| <input type="checkbox"/> Krab met bloed                  |   |

12. Lichaamsdeel blootstelling (vraag foto's wond):

13. Type blootstelling:

- |                                    |   |
|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Type I:   | Geen wond- of slijmvliescontact met speeksel  |
| <input type="checkbox"/> Type II:  | Minimaal of indirect wondcontact met speeksel |
| <input type="checkbox"/> Type III: | Direct wond-of slijmvliescontact met speeksel |

GEGEVENS PATIENT:

14. Is de wond gereinigd (15 min met water en zeep + indien mogelijk gedesinfecteerd):

- |                             |                              |
|-----------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
|-----------------------------|------------------------------|

Toelichting:

15. Reisverzekering/zorgverzekering geconsulteerd:

- |                             |                              |                                   |
|-----------------------------|------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee | <input type="checkbox"/> Onbekend |
|-----------------------------|------------------------------|-----------------------------------|

16. Rabiës-vaccinatiestatus patiënt voor incident:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Volledig gevaccineerd | <input type="checkbox"/> Niet of onvolledig gevaccineerd |
|--|--|

17. Is patiënt immuun-gecompromitteerd:

- |                             |                              |
|-----------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
|-----------------------------|------------------------------|

18. Lokale gezondheidszorg geconsulteerd:

- |                             |                              |                                   |
|-----------------------------|------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee | <input type="checkbox"/> Onbekend |
|-----------------------------|------------------------------|-----------------------------------|

19. Vaccinatie gegeven ter plaatse?:

- |   |                              |                                   |
|---|------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja (vraag om bewijs) | <input type="checkbox"/> Nee | <input type="checkbox"/> Onbekend |
|---|------------------------------|-----------------------------------|

Welk vaccin/aantal doses/schema:

20. RIG gegeven ter plaatse?:

- |   |                              |                                   |
|---|------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja (vraag om bewijs) | <input type="checkbox"/> Nee | <input type="checkbox"/> Onbekend |
|---|------------------------------|-----------------------------------|

Hoe (rond verwonding/IM/IV) en waar toegediend:

21. Antibiotica gegeven ter plaatse:

- |                             |                              |
|-----------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
|-----------------------------|------------------------------|

Toelichting:

22. Tetanusvaccinatie gegeven ter plaatse:

- |                             |                              |
|-----------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
|-----------------------------|------------------------------|

Datum (laatste) vaccinatie:

OPMERKINGEN: