OSIRISnummer ……………

Geboortedatum ……………

Eerste ziektedag …………..

GGD ………………………...

**ONDERZOEK NAAR PUNTBRON DOOR HEPATITIS A VIRUS**

**VRAGENLIJST**

**April 2024**

Vragenlijst zoals opgenomen in Osiris

Papieren versie van deze vragenlijst hoeft niet naar het RIVM gestuurd te worden, invoer in Osiris is voldoende.

**De door u verstrekte informatie wordt vertrouwelijk behandeld**

**De algemene standaard-vragen van Osiris:**

**PATIËNT**

Geslacht:

O Man

O Vrouw

O Onbekend

Indien man, MSM-contact gehad in de laatste 2 maanden voorafgaand aan ontstaan van de klachten?

O Ja

O Nee

O Onbekend, omdat \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geboortejaar: \_\_\_\_\_\_\_

Geboortemaand indien leeftijd onder 2 jaar:

O Januari

O Februari

O Maart

O April

O Mei

O Juni

O Juli

O Augustus

O September

O Oktober

O November

O December

Postcodecijfers \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Is de persoon woonachtig in een asielzoekerscentrum?

O Ja

O Nee

O Onbekend

**ZIEKTE**

Vaststelling eerste ziektedag

O Onbekend

O Geschat, verklaring onzekerheid eerste ziektedag \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

O Vastgesteld, eerste ziektedag \_\_\_-\_\_\_-\_\_\_\_\_

Is een datum laboratoriumuitslag beschikbaar? (Het gaat hierbij om de datum waarop het laboratorium de uitslag had)

O Ja, namelijk, namelijk \_\_\_-\_\_\_-\_\_\_\_\_

O Niet beschikbaar, ondanks uitgevoerd laboratoriumonderzoek.

O Nee, er is geen laboratoriumonderzoek verricht

Werd de hepatitis A-infectie aangetoond met hepatitis A specifieke IgM-antistoffen in het serum (in afwezigheid van hepatitis A-vaccinatie de afgelopen 12 maanden)?

O Ja:

Monsternummer van het HAV IgM-positieve serum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Naam laboratorium waar HAV IgM bepaald is: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Plaats laboratorium waar HAV IgM bepaald is: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

O Nee

O Onbekend

Wordt er serum (of feces) ingestuurd naar het RIVM?

O Ja

O Nee

O Onbekend

Is de patiënt ten gevolge van deze ziekte in het ziekenhuis opgenomen?

O Ja

O Nee

O Onbekend

Is de patiënt overleden?

O Ja

O Nee

O Onbekend

Indien ja, was het overlijden volgens de behandelend arts/huisarts gerelateerd aan deze infectieziekte?

O Ja, de infectie was de primaire of secundaire doodsoorzaak

O Nee

O Onbekend, geen informatie

Heeft u, **in de afgelopen zes weken**, één van onderstaande klachten gehad?

* Grieperig / malaise
* Lusteloos/vermoeid
* Koorts (boven 38 C°)
* Hoofdpijn
* Spierpijn / gewrichtspijn
* Buikpijn
* Diarree
* Gebrek aan eetlust
* Lichte (ontkleurde) ontlasting (ontkleurde ontlasting = lichte kleur, lijkt op stopverf)
* Donkere urine
* Misselijkheid
* Overgeven/braken
* Pijn in de flanken/zij
* Huiduitslag
* Onbedoeld vermagerd
* Jeuk
* Geelzucht (geelzucht wil zeggen: gele ogen en/of plotselinge gele verkleuring van de huid)
* Geen van deze klachten
* Onbekend

**EPIDEMIOLOGISCHE GEGEVENS**

Heeft de patiënt profylactische medicamenten tegen deze infectieziekte gehad?

O Ja, in Nederland

O Ja, in buitenland

O Nee

O Onbekend

O Niet van toepassing

Mogelijke bron of plaats van besmetting \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Is de patiënt gevaccineerd tegen deze infectieziekte

O Ja

O Nee

O Onbekend

O Niet van toepassing

Zijn de patiënt en/of gezinsleden beroepsmatig betrokken bij de bereiding/behandeling van eet- of drinkwaren of bij de behandeling/verzorging van andere personen

O Ja, in Nederland

O Ja, in buitenland

O Nee

O Onbekend

O Niet van toepassing

Waar is de ziekte opgelopen?

O In Nederland of ander zeer laag endemisch land (Voor een lijst van endemische landen, zie de LCR landenlijst onder de Help tab in Osiris)

O In endemisch land

O Onbekend

Als in ‘Nederland/zeer laag endemisch’ of ‘onbekend’:

Is de ziekte opgelopen door consumptie van besmet voedsel of water

O Ja

O Nee

O Onbekend

O Niet van toepassing

Wat is het meest waarschijnlijke land van besmetting

O Nederland

O Onbekend

O \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mogelijke andere landen

[ ] Nederland

[ ] Niet van toepassing

[ ] Onbekend

[ ] \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Zijn er gerelateerde ziektegevallen

O Ja

O Nee

O Onbekend

Waar bevinden zich de gerelateerde ziektegevallen

O Gezin / Huishouden

O Studentenvereniging

O Instelling, omschrijving/naam instelling \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

O Overig, namelijk \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indien instelling, soort instelling:

O Universiteit

O Hogeschool

O Middelbare school

O Basisschool

O Kindercentrum

O Asielzoekerscentrum

O Dak- en thuislozenopvang

O Instelling verstand. gehandicapten

O Internaat

O Jeugdinstelling

O Verpleeghuis

O Verzorgingshuis

O Ziekenhuis

O Andere instelling

Zijn er osirisnummers bekend corresponderend met deze aangifte?

O Ja:

Osirisnummer 1: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Osirisnummer 2: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Osirisnummer 3: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

O Nee

O Onbekend

Geboorteland patiënt

O Nederland

O Onbekend

O \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geboorteland moeder

O Nederland

O Onbekend

O \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**OVERIGE VRAGEN ALLEEN ALS DE INFECTIE IN NEDERLAND/LAAG ENDEMISCH LAND IS OPGELOPEN EN BIJ DE VRAAG ‘IS DE ZIEKTE OPGELOPEN DOOR CONSUMPTIE VAN BESMET VOEDSEL OF WATER’ ‘ja’ of ‘onbekend’ IS INGEVULD:**

Deze vragenlijst wordt ingevuld door

* De patiënt zelf
* Iemand anders\*, namelijk \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* *Mogelijk bent u een relatie of familielid van de patiënt; wilt u dan alle vragen, voor zover mogelijk, vanuit het oogpunt van de patiënt invullen.*

**Voeding**

**VIS**

Heeft u tussen 2 en 6 weken voor de dag dat u ziek werd de volgende vis schaaldieren of schelpdieren gegeten?

* Garnalen
* Oesters
* Mosselen
* Krab
* Andere vis/schaal/schelpdieren, namelijk\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Gerookte visproducten, namelijk\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Was één van bovengenoemde producten halfgaar of nog rauw toen u het at?

* Ja, nl. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Nee
* Onbekend

**GROENTEN**

Heeft u tussen 2 en 6 weken voor de dag dat u ziek werd de volgende **rauwe** groenten(producten) gegeten? Denk hierbij ook aan garnering op bijvoorbeeld een sandwich of als u in een restaurant gegeten hebt.

* Radijsjes
* Alfalfa
* Taugé
* Kropsla
* IJsbergsla
* Kant & klare maaltijdsalades, namelijk:

❑ Zonder gedroogde tomaten

❑ Met losverpakte gedroogde tomaten

❑ Vermengd met gedroogde tomaten

❑ Andere ingrediënten: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Overige sla, gekocht, zelf gesneden
* Overige sla, gekocht, kant & klaar
* Rauwe spinazie
* Rauwe andijvie
* Uien
* Bosuitjes
* Tomaten
* Wortelen
* Paprika
* Komkommer
* Overig rauwkost, gekocht, zelf gesneden
* Overig rauwkost, gekocht, kant & klaar
* Voorverpakte sandwiches
* Groente uit eigen tuin
* Groente gekocht bij een boerderij
* Gedroogde tomaatjes, namelijk:

❑ Gedroogde tomaten droog

❑ Gedroogde tomaten in olie

❑ Gedroogde tomaten in olie en kruiden (anders dan peper en zout)

* Tapenade, namelijk:

❑ Zonder tomaten

❑ Met tomaten

* Tapas

Heeft u in de periode van 2 tot 6 weken voordat u klachten kreeg andere ongekookte groente gegeten, die hierboven niet genoemd is?

* Nee
* Ja, namelijk \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Is er aanvullende informatie te noemen t.a.v. bovengenoemde geconsumeerde producten, of t.a.v. ander voedsel? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**FRUIT**

Heeft u tussen 2 en 6 weken voor de dag dat u ziek werd de volgende fruit of fruitproducten gegeten?

* Frambozen
* Bramen
* Aardbeien
* Verse vijgen
* Fruit uit eigen tuin
* Fruit gekocht bij een boerderij
* Gedroogde of gekonfijte vruchten, namelijk:

❑ Dadels

❑ Vijgen

❑ Abrikozen

❑ Pruimen

❑ Appelen

❑ Peren

❑ Citrusvruchten

❑ Krenten

❑ Rozijnen

❑ Noten

❑ Zaden

Heeft u in de periode van 2 tot 6 weken voordat u klachten kreeg ander zacht fruit gegeten, die hierboven niet genoemd is?

* Nee
* Ja, namelijk \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Is er aanvullende informatie te noemen t.a.v. bovengenoemde geconsumeerde producten, of t.a.v. ander voedsel? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**OVERIGE VRAGEN VOEDSEL**

Heeft u in de periode van 2 tot 6 weken voordat u klachten kreeg verse kruiden gegeten, te denken aan bijv. basilicum, munt of koriander...etc ? *Noem s.v.p. gekochte product incl. verpakking, en* *naam en plaats winkel*

* Nee
* Ja, namelijk \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Heeft u in de periode van 2 tot 6 weken voordat u klachten kreeg voedsel gegeten afkomstig van een TOKO (winkel)? *Noem s.v.p. gekochte product incl. verpakking, en* *naam en plaats winkel*

* Nee
* Ja, namelijk \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In welke supermarkt of winkel doet u doorgaans uw boodschappen en welke boodschappen doet u daar?

Naam en plaats supermarkt of winkel vis/schaal/schelpdieren groente fruit

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ❑ ❑ ❑

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ❑ ❑ ❑

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ❑ ❑ ❑

In welke delicatessenwinkel/specialiteitenzaak doet u wel eens uw boodschappen en welke boodschappen doet u daar?

Naam en plaats winkel vis/schaal/schelpdieren groente fruit

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ❑ ❑ ❑

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ❑ ❑ ❑

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ❑ ❑ ❑

Heeft u tussen 2 en 6 weken voor de dag dat u ziek werd in een restaurant gegeten? *Noem s.v.p. naam en plaats restaurant* (*denk ook aan fastfood, cafetaria, kantine*)

* Nee
* Ja, nl. in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(1)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(2)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(3)

Heeft u tussen 2 en 6 weken voor de dag dat u ziek werd kant-en-klaar eten afgehaald? *Noem s.v.p. naam en plaats restaurant* (*denk ook aan fastfood, cafetaria, kantine*)

* Nee
* Ja, nl. in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(1)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(2)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(3)

Zijn er nog plaatsen waar u etenswaren heeft gekocht of gekregen die niet genoemd zijn in bovenstaande vragen? *(bijv. bakker, boerderij etc.)* *Noem s.v.p. naam en plaats*

* Nee
* Ja, nl. in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(1)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(2)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(3)

**ACTIVITEITEN**

Heeft u tussen 2 en 6 weken voor de dag dat u ziek werd buitenshuis overnacht? (*meerdere antwoorden mogelijk*)

* Nee
* Ja, binnen Nederland, namelijk

(1) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (plaats)

van \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ (dag/maand/jaar) tot \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ (dag/maand/jaar)

(2) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (plaats)

van \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ (dag/maand/jaar) tot \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ (dag/maand/jaar)

* Ja, in het buitenland, namelijk

(1) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (land)

van \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ (dag/maand/jaar) tot \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ (dag/maand/jaar)

(2) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (land)

van \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ (dag/maand/jaar) tot \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ (dag/maand/jaar)

Heeft u tussen 2 en 6 weken voor de dag dat u ziek werd één of meer van de volgende activiteiten ondernomen? (*meerdere antwoorden mogelijk*)

* In een recreatiepark of pretpark geweest, nl.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (naam/adres)
* Op een camping of kampeerterrein geweest, nl.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (naam/adres)
* Op een sportclub geweest,

nl.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (naam/adres)

* Op een bedrijfsuitje of bruiloft of feest etc. geweest, nl.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (naam/adres)
* Op een evenement of festival of concert of jaarbeurs etc. geweest, nl.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (naam/adres)
* Nee, geen van bovenstaande activiteiten

Heeft u zelf enig idee waar u de infectie opgelopen kunt hebben?

* Nee
* Ja, namelijk \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geeft de patiënt toestemming voor het gebruik van de volledige geboortedatum?

* Nee
* Ja, wat is uw geboortedatum? \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ (dag/maand/jaar)

**GEZONDHEID**

Heeft u **de afgelopen zes maanden** één of meer van onderstaande medicijnen gehad?

* Medicijnen vanwege een infectie (bv antibiotica), nl. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Immunosuppresiva/afweerremmende medicatie, nl.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Maagzuurremmers, nl. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Chemokuur / chemotherapie
* Geen van bovenstaande medicijnen

Heeft u, **in het afgelopen jaar**, één of meer ziektes, aandoeningen of handicaps gehad? Diabetes/suikerziekte

* Afwezigheid van de milt
* Een leverziekte, nl. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Een nierziekte, nl. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Ik heb een transplantatie ondergaan van \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Een andere (ernstige) aandoening, nl. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Afgelopen 3 maanden behandeld met immunoglobuline of bloedtransfusie gehad
* Nee

Rookt u (wel eens)?

* Ja,
* Vroeger
* Nee

Drinkt u (wel eens) alcohol?

* Ja,

🞏 Ongeveer \_\_\_\_\_\_ glazen per dag

🞏 Ongeveer \_\_\_\_\_\_ glazen per week

🞏 Ongeveer \_\_\_\_\_\_ glazen per maand

* Vroeger
* Nee

**ALGEMENE VRAGEN**

Uit hoeveel personen bestaat uw huishouden\* (uzelf meegerekend)? \_\_\_\_\_ personen

Zijn er kinderen in uw huishouden die een crèche of kinderdagverblijf of peuterspeelzaal bezoeken?

❑ Ja, de patiënt zelf

❑ Ja, een (ander) kind in het huishouden

❑ Nee

Wil de patiënt meewerken aan een evt. vervolgonderzoek m.b.t bronopsporing?

* Ja
* Nee

Bent u werkzaam in één van de volgende beroepen of werkt u met een van de volgende groepen mensen (*meerdere antwoorden mogelijk*)

* De zorg
* Onderwijs / kinderopvang
* Ouderen
* Drugsverslaafden
* Voedselindustrie
* Voedselbereiding / horeca
* Agrarische sector (vee)
* Agrarische sector (landbouw)
* Transport dieren/landbouwproducten
* Dierverzorging / dierenarts
* Vleesverwerking (incl. slachthuis)
* Wol-, vilt- of leerverwerking
* Zuivelindustrie
* Bosbouw / bosbeheer
* Bouw / wegenbouw
* Afvalverwerking / waterbeheer
* Rioolwaterzuivering
* Plaagdier- en ongediertebestrijding
* Toeristensector, namelijk \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Andere bedrijfstak, namelijk \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Niet van toepassing, ik werk niet (meer)

Mijn beroep is \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_