|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Aanvraagformulier voor een onderzoek medische beeldvorming - Tuberculosescreening in het kader van de Oekraïne crisis |  |
|  | ///////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////// Mgr. Van Waeyenberghlaan 32 3000 Leuven Tel. 02 510 60 90 info@vrgt.be www.vrgt.be |
|  | **Afdeling Preventie****Infectieziektebestrijding en vaccinatie**Koning Albert II-laan 35 bus 33, 1030 BRUSSELTel. 02 553 36 71infectieziektebestrijding@zorg-en-gezondheid.behttp://www.zorg-en-gezondheid/infectieziekten-en-vaccinaties |
|  | ****Waarvoor dient dit formulier?******Dit document is een aanvraagformulier voor medische beeldvorming voor preventieve Tuberculosescreening en is enkel bedoeld voor Oekraïense ontheemden die na 24/02/2022 in Vlaanderen worden opgevangen.** Oekraïense ontheemden kunnen zich met dit aanvraagformulier wenden tot een dienst medische beeldvorming van een ziekenhuis. |
|  |
|  | Gegevens van de patiënt |
|  | *Voor- en achternaam, RNN of BIS nummer, geslacht, geboortedatum en postnummer of gemeente zijn verplicht. De andere contactgegevens zijn facultatief.* |
|  | **Voor- en achternaam** |       |
|  | **RNN of BIS nummer** |       |
|  | **Geslacht**  | ☐ man ☐ vrouw |
|  | **Geboortedatum** |       |
|  | Straat en nummer |       |
|  | **Postnummer en gemeente** |       |
|  | Telefoon- of GSM nummer |       |
|  | Emailadres |       |
|  |
|  |
|  | Gegevens van de aanvragende arts |
|  | *Bij gebruik van een stempel, gelieve er op te letten dat zowel de naam, adres als het RIZIV-nummer vermeld wordt.* |
| **Voor- en achternaam** |  |
| **RIZIV-nummer** |  |
| **Straat en nummer** |  |
| **Postnummer en gemeente** |  |
| Telefoon- of GSM nummer |  |
| Emailadres |  |
| Handtekening |  |
|  |  |
|  | Aanvraag medische beeldvorming |
|  |
|  | Datum aanvraag | dag |    | maand |    | jaar |      |  |
|  | Voorgesteld onderzoek | **RX face van de Thorax (geen profiel !)** |
|  | Relevante klinische info*(in te vullen indien gekend)* | ☐ gekende actieve TB☐ gekende oude TB letsels (TB in het verleden)☐ klachten actieve TB (*aanhoudende hoest, hemoptoë, koorts, nachtzweten, vermagering, algemene malaise, pijn op de borstkas*) ☐ gekend contact met TB in de omgeving ☐ positieve tuberculinehuidtest  |
|  | Relevante bijkomende info*(in te vullen indien gekend)* | ☐ zwangerschap☐ implantaat (specifieer):☐ allergie☐ diabetes  |
|  |
|  | Aan wie bezorgt u het protocol? |
|  |
|  | *Gelieve het protocol op te sturen naar de* ***aanvragende arts.******Het protocol moet ook gestuurd worden naar onze partner de VRGT.*** *Dit om verdere opvolging van de patiënt en resultaten toe te laten. U kan het protocol aan de VRGT bezorgen:** Via versleuteld bericht aan UARX@vrgt.be

***FACULTATIEF: Indien de ontheemde nog geen (huisarts) heeft, graag volgend medisch contactpersoon verwittigen bij een afwijkend resultaat RX thorax dat (dringende) opvolging vraagt.***

|  |  |
| --- | --- |
| **Voor- en achternaam**  |  |
| Functie of evt. RIZIV-nummer |  |
| Straat en nummer |  |
| Postnummer en gemeente |  |
| Telefoon- of GSM nummer |  |
| Emailadres |  |

 |
| e |
|  |
|  |