|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 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](mailto:info@vrgt.be)  www.vrgt.be | | | | | | | | | |
|  | **Afdeling Preventie**  **Infectieziektebestrijding en vaccinatie**  Koning Albert II-laan 35 bus 33, 1030 BRUSSEL  Tel. 02 553 36 71  infectieziektebestrijding@zorg-en-gezondheid.be  http://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](mailto: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 | | | | | | | | | | |
|  |
|  |