

AANVRAAGFORMULIER ONDERZOEK OOGVOCHT

Universitair Medisch Centrum Utrecht
Divisie Laboratoria en Apotheek
Klinische Virologie en Infectieziektenserologie

Prof. Dr. M.J.M. Bonten, hoofd Medische Microbiologie
 Dr. A.M. van Loon, viroloog, onderafdelingshoofd
 Dr. A.M.J. Wensing arts-microbioloog
 Dr. F.M. Verduyn-Lunel arts-microbioloog
 Dr. R. Schuurman moleculair viroloog
 Dr. G.J. Boland immunoloog
 Dr. J.D.F. de Groot-Mijnes viroloog
 Tel. Administratie: 088-7558435
 Tel. UMCU: 088-7555555
 Consulent virologie: sein 1762

Gegevens patiënt (ponsplaatje/sticker)

Gegevens aanvrager

Ziekenhuis: _____ Afnam Datum: _____
 Afdeling: _____ Adres: _____
 Arts: _____ Tel: _____ **Uitslag naar:** arts / laboratorium / arts + laboratorium
 Laboratorium: _____ Adres: _____
 _____ Tel: _____

Materiaal

serum/stolbloed VOK OD glasvocht OD **N.B. Bij oogvocht altijd buis bloed ('stolbuis') of serum meesturen**
 EDTA bloed VOK OS glasvocht OS

Klinische gegevens

Klinische verschijnselen/diagnose

Uveitis

OD anterior actief
 OS posterior niet actief
 ODS intermediair
 pan

Overige gegevens

Medicatie

geen immunosuppressiva anders
 prednison antivirale therapie

Vraagstelling

Svp aankruisen welke test u uitgevoerd wilt hebben.
 In verband met beperkt volume, graag **prioriteit** omcirkelen (1 heeft de hoogste prioriteit).

| | PCR | GWC (Antistoffen) | Prioriteit |
|------------------|--------------------------|--------------------------|-------------|
| HSV | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 2 3 4 5 6 |
| VZV | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 2 3 4 5 6 |
| Toxoplasma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 2 3 4 5 6 |
| CMV | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 2 3 4 5 6 |
| Rubella virus | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 2 3 4 5 6 |
| Parvovirus B19 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 2 3 4 5 6 |
| M. tuberculose | <input type="checkbox"/> | n.v.t | 1 2 3 4 5 6 |
| Treponema (lues) | <input type="checkbox"/> | n.v.t | 1 2 3 4 5 6 |
| Toxocara | n.v.t | <input type="checkbox"/> | 1 2 3 4 5 6 |
| Borrelia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 2 3 4 5 6 |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 2 3 4 5 6 |