



KLINISCH LABORATORIUM  tel. 056 63 42 00  tel. 051 33 40 90	Invullen of aanbrengen van kleefbriefje a.u.b. Datum en uur van afname: Betrokkene (naam/voornaam): Geboortedatum: Geslacht: M/V Adres:	In deze ruimte niets schrijven of kleven a.u.b. <input type="checkbox"/> Medewerker <input type="checkbox"/> Arts - Assistent <input type="checkbox"/> Student (-begeleider) <input type="checkbox"/> Interim <input type="checkbox"/>
	Kopie aan arbeidsgeneeskundige dienst: Liantis 0 Dr. G. Cogghe 0 Dr. G. Werbrouck 0 Dr. K. De Paep 0 Dr. H. Janssens	
Arts Adres RIZIV Handtekening	STEMPEL ARTS	Art. 24 § 12, 3, 5: - Volledige identificatie en adres van de patiënt - Datum, handtekening en volledige identificatie van geneesheer die voorschrijft (o.a. stempel)

**AANVRAAGFORMULIER BIJ NAALDPRIKONGEVAL, VERWONDING EN INCIDENT
MET BLOEDCONTACT IN HET ZIEKENHUIS**

Datum van het incident: __/__/____ Naam en geboortedatum van de betrokken patiënt _____
--

Eerste bloedafname binnen de 24 uur na het incident (1 serum tube: ■)

Serologie		Enzymen	
0	403 HBsAg	0	221 ALT (GPT)
0	404 HBsAL		
0	405 HBcAL		
0	407 HCV AL		
0	408 HIV AL		

Controle bloedafname (1 serum tubes + # afzonderlijke serum tube vereist ■)

0 Op 6 weken
 0 Op 3 maand
 0 Op 6 maand
 0

Serologie		Enzymen	
0	403 HBsAg	0	221 ALT (GPT)
0	404 HBsAL		
0	405 HBcAL		
0	407 HCV AL		
0	408 HIV AL		
		PCR	
		0	2406 HCV RNA PCR (#)