**Formulier voor bevestigde gehospitaliseerde patiënten met het coronavirus COVID-19**

**DEEL: OPNAME**

**Dit formulier dient ingevuld te worden voor elke bevestigde gehospitaliseerde patiënt met COVID-19 - bij opname van de patiënt.**

Datum van melding (dd/mm/jj): \_\_/\_\_/\_\_\_\_

**Sectie 1 : Informatie van de patiënt**

Unieke identificatiecode van de patiënt in het ziekenhuis \_\_\_\_\_\_\_\_

Geboortedatum: (dd/mm/jj): \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Geslacht: □ Man □ Vrouw □ Andere □ Onbekend

Postcode (in België) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gewoonlijke woonplaats van de patiënt: Land: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Blootstelling:**

□ Reis naar een risicogebied. Indien ja, welk ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Contact met bevestigd geval van COVID-19 □ Contact waarschijnlijk geval van COVID-19

□ Gezondheidspersoneel

□ Rusthuis

□ Vermoeden nosocomiale infectie

□ Andere

□ Geen geïdentificeerde blootstelling

□ Onbekend

**Sectie 2 : Klinische gegevens ter opname**

Datum begin symptomen (dd/mm/jj): \_\_/\_\_/\_\_\_\_ □ Asymptomatisch □ Onbekend

Datum van ziekenhuisopname (dd/mm/jj): \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Reden ziekenhuisopname :

□ Klinische aandoening □ Persoon uit risicogroep voor COVID-19 □Risico-omgeving voor COVID-19 □ Isolatie thuis onmogelijk □ Andere

**Symptomen** bij opname (alle gerapporteerde symptomen aan te vinken):

□ Koorts / koude rillingen □ Kortademigheid □ Pijn (vink aan waar):

□ Zwak gevoel □ Diarree *( ) Spier ( ) Borst*

□ Hoest □ Misselijkheid/braken *( ) Buik ( ) Gewrichten*

□ Keelpijn □ Hoofdpijn

□ Loopneus □ Prikkelbaarheid/verwarring

□ Andere, specifieer : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Klinische tekens** bij opname

Temperatuur: \_\_ \_\_ \_\_ □°C

- Vink aan indien aanwezig :

□ Faryngaal exsudaat □ Coma

□ Gestuwde conjunctiva □ Dyspnoe / tachypneu

□ Convulsies □ Abnormale longauscultatie

□ Abnormale longröntgenfoto’s

□ Andere, specifieer : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Onderliggende condities, comorbiditeiten en risicofactoren** (vink aan wat van toepassing is):

□ Zwangerschap (trimester: \_\_\_\_) □ Post-partum (<6 weken)

□ Hart- en vaatziekten □ Hypertensie

□ Diabetes □ Chronische nierziekte

□ Chronische leverziekte □ Chronische longziekte

□ Chronische neurologische of neuromusculaire ziekte □ Immunodeficiëntie, inclusief hiv

□ Solide tumor □ Hematologische kanker

□ Prematuur □ Andere ziekte, specifieer : \_\_\_\_\_

□ Huidig roker

**Is de patiënt in behandeling met :**

ACE-inhibitor □ Nee □ Ja □ Onbekend

SARTAN □ Nee □ Ja □ Onbekend

**Griepvaccinatie 2019-2020 :**

Patiënt gevaccineerd? □ Nee □ Ja □ Onbekend

Indien ja, datum van vaccinatie : (dd/mm/jj): \_\_/\_\_/\_\_\_\_

**Section 3: Laboratoriumgegevens voor COVID-19**

Naam van het laboratorium dat de test heeft uitgevoerd: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum van staalafname: (dd/mm/jj): \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Type van staal : □ Nasofaryngeale wisser □ Nasofaryngeaal aspiraat □ BAL □ Andere

Datum van laboratoriumbevestiging: (dd/mm/jj): \_\_/\_\_/\_\_\_\_

**Section 4 : Persoon die de vragenlijst heeft ingevuld**

Naam : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefoon : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Instelling : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_