

Country Case ID : _____

Voorlopig kennisgevingsformulier voor bevestigde en waarschijnlijke gevallen voor het nieuwe coronavirus 2019 (COVID-19)

Datum van melding : (dd/mm/jjjj) _____

Detectie bij aankomst in het land: Nee Ja Onbekend Indien Ja, datum (dd/mm/jjjj) _____

Indien ja, preciezer _____

Naam: _____ Voornaam: _____

Geboortedatum: (dd/mm/jjjj) _____

Postcode : _____

Geslacht Man Vrouw Andere

Plaats van infectie : Land: _____

Provincie _____

Woonplaats: Land: _____

Provincie _____

Sectie 2 : Klinische gegevens

Datum begin symptomen : (dd/mm/jjjj) _____ Asymptotisch Onbekend

Ziekenhuisopname: Nee Ja Onbekend

Reden: Klinische aandoening Persoon uit risicogroep Risico-omgeving Isolatie thuis onmogelijk

Datum ziekenhuisopname : (dd/mm/jjjj) _____

Naam ziekenhuis: _____

Datum isolatie: (dd/mm/jjjj) _____

Werd de patiënt geventileerd: Nee Ja Onbekend

Gezondheidstoestand op het moment van melding : Hersteld Niet hersteld Overleden Onbekend

Datum van overlijden indien toepasselijk : (dd/mm/jjjj) _____

Symptomen patiënt (gelieve al de symptomen aan te vinken):

- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> voorgeschiedenis van koorts /koude rillingen | <input type="checkbox"/> Kortademigheid | <input type="checkbox"/> Pijn - vink aan waar: | |
| <input type="checkbox"/> Zwak gevoel | <input type="checkbox"/> Diarree | <input type="checkbox"/> () Spier | <input type="checkbox"/> () Borst |
| <input type="checkbox"/> Hoest | <input type="checkbox"/> Misselijkheid/braken | <input type="checkbox"/> () Buik | <input type="checkbox"/> () Gewrichten |
| <input type="checkbox"/> Keelpijn | <input type="checkbox"/> Hoofdpijn | | |
| <input type="checkbox"/> Loopneus | <input type="checkbox"/> Prikkelbaarheid/verwarring | | |
| <input type="checkbox"/> Andere, preciezer _____ | | | |

Klinische tekens :

Temperatuur : [] [] [] °C

Vink aan indien aanwezig:

- | | | |
|--|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Faryngaal exsudaat | <input type="checkbox"/> Coma | <input type="checkbox"/> Convulsies |
| <input type="checkbox"/> Gestuwde conjunctiva | <input type="checkbox"/> Dyspnoe/tachypneu | |
| <input type="checkbox"/> Abnormale longauscultatie | <input type="checkbox"/> Abnormale longröntgenfoto's | |
| <input type="checkbox"/> Andere, preciezer : _____ | | |

Onderliggende condities en comorbiditeit (vink aan wat van toepassing is):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Zwangerschap (trimester:) _____ | <input type="checkbox"/> Post-partum (<6 weken) |
| <input type="checkbox"/> Hart- en vaatziekten, waaronder hypertensie | <input type="checkbox"/> Immunodeficiëntie, inclusief HIV |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Nierziekte |
| <input type="checkbox"/> Leverziekte | <input type="checkbox"/> Chronische longziekte |
| <input type="checkbox"/> Chronische neurologische of neuromusculaire ziekte | <input type="checkbox"/> Kanker |
| <input type="checkbox"/> Andere, preciezer _____ | |

Sectie 3: Blootstelling en reisinformatie in de 14 dagen voorafgaand aan het optreden van de symptomen (of voorafgaand aan de melding indien asymptomatische persoon)

Beroep (vink aan wat van toepassing is):

- Student
 Gezondheidsmedewerker
 Andere, preciezer : _____
 Werken met dieren
 Laboratoriummedewerker

Heeft de patiënt in de 14 dagen voorafgaand aan het optreden van de symptomen gereisd? Nee Ja Onbekend

Indien ja gelieve de plaatsen aan te geven waar de patiënt heeft gereisd:

Land	Stad	Datum	Vertrekdatum
Land _____	Stad _____	Datum _____	Vertrekdatum _____
Land _____	Stad _____	Datum _____	Vertrekdatum _____
Land _____	Stad _____	Datum _____	Vertrekdatum _____

Heeft de patiënt in de 14 dagen voorafgaand aan het optreden van de symptomen één of meer zorginstellingen bezocht?

- Nee Ja Onbekend

Heeft de patiënt in de 14 dagen voorafgaand aan het optreden van de symptomen **nauw contact¹** gehad met een persoon met een acute luchtweginfectie?

- Nee Ja Onbekend

Indien ja plaats van contact (vink aan wat van toepassing is):

- Zorginstelling
 Familieomgeving
 Werkplek
 Onbekend
 Andere, preciezer : _____

Heeft de patiënt in de 14 dagen voorafgaand aan het optreden van de symptomen contact gehad met een **waarschijnlijk of bevestigd geval**?

- Nee Ja Onbekend

Indien ja, gelieve de unieke ID's van alle waarschijnlijke of bevestigde gevallen te vermelden:

ID geval 1. _____ ID geval 2. _____ ID geval 3. _____

Indien ja plaats van contact (vink aan wat van toepassing is):

- Zorginstelling
 Familiale omgeving
 Werkplek
 Onbekend
 Andere, preciezer: _____

Indien ja plaats/stad/land van blootstelling: _____

Heeft de patiënt in de 14 dagen voorafgaand aan het optreden van de symptomen markten voor levende dieren bezocht?

- Nee Ja Onbekend Indien ja plaats/stad/land van blootstelling: _____

Sectie 4: Laboratoriumgegevens

Opname datum (dd/mm/jjjj) _____ Type van staal : _____

Sectie 5 : Persoon die de vragenlijst heeft ingevuld

Naam: _____ Tel. : _____ Email : _____ Instelling: _____

Section 6 : In te vullen door de gezondheid inspecteur

Classificatie: Bevestigd Waarschijnlijk Test resultaat Positief Negatief Niet gedaan

¹ Een **nauw contact** wordt gedefinieerd als:

1. huisgenoten (gezinsleden en anderen die gezamenlijk met de COVID-19-patiënt een huishouden deelden) in de dag voor het ziek worden van de 2019-nCoV-patiënt
2. Personen die gedurende 1 dag voor het ziek worden van de COVID-19-patiënt in totaal langer dan 4 uur intensief contact binnen een straal van 1,5 meter hebben gehad met de 2019-nCoV-patiënt.
3. Reizen samen met COVID-19 patiënt in elke vorm van transport, waarbij de COVID-19-patiënt 1 of 2 plaatsen van de contact verwijderd zat (in elke richting)
4. Blootstelling in de gezondheidszorg, waaronder het verlenen van directe zorg voor COVID-19 patiënten, het werken met gezondheidswerkers die besmet zijn met COVID-19, patiënten bezoeken of in dezelfde omgeving verblijven van een COVID-19-patiënt.