Bijlage 2: Registratieformulier contacten MERS-CoV

Volgnummer…………….

Osirisnummer:…………..

|  |
| --- |
| Definitie nauw contact\*   * Langdurig face-to-face contact (>15 minuten) binnen een huishouden of een andere gesloten setting   **OF**   * Persoon werkzaam in de gezondheidszorg, die directe klinische of persoonlijke zorg heeft verleend aan, of onderzoek van een bevestigde, symptomatische casus, of in de nabijheid heeft verkeerd van een aerosol genererende procedure   endie op dat moment *geen adequate* persoonlijke beschermingsmiddelen droeg .  \*Voorlopige definitie. In de toekomst kunnen definities wijzigen als er meer over MERS-CoV bekend wordt. |

|  |
| --- |
| Ingevuld dd…./…./…. Door:……………………………………………………….  GGD ……………………………Tel ……………………E-mail…………………….. |
| Betreft indexpatiënt:  1. Naam:………………………………….. Voorletters:…………Geb. datum………………… |

2. Informatie verstrekt door: O Patiënt zelf O Huisgenoot O Familielid O Anderen

Naam informant………………………………Telefonisch bereikbaar onder nummer……………………..

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
| Nr | Naam | | Relatie t.o.v. index | Geb. datum | | Waar bereikbaar: adres/telefoon | 1ste contactdatum en tijdstip | Laatste contactdatum en tijdstip |
| 1 |  | |  |  | |  |  |  |
| 2 |  | |  |  | |  |  |  |
| 3 |  | |  |  | |  |  |  |
| 4 |  | |  |  | |  |  |  |
| 5 |  | |  |  | |  |  |  |
| 6 |  | |  |  |  | |  |  |
| 7 |  | |  |  |  | |  |  |
| 8 |  | |  |  |  | |  |  |
| 9 |  | |  |  |  | |  |  |
| 10 |  | |  |  |  | |  |  |
| 11 |  | |  |  |  | |  |  |
| 12 |  | |  |  |  | |  |  |
| Opmerkingen | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Vervolg registratieformulier* ***onbeschermde contacten/ beschermde ziekenhuiscontacten*** *MERS-CoV (doorhalen wat van toepassing is)*  *Volgnummer:* | | | | | | | |
| Nr | Naam | Afdeling | | Geb. datum | Waar bereikbaar: adres/telefoon | 1ste  contactdatum en tijdstip | Laatste contactdatum en tijdstip |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
| Opmerkingen | | | | | | | |