



Vragenlijst VGO-3

NB: In te vullen door huisarts of assistent

RIVM

A. van Leeuwenhoeklaan 9
3721 MA Bilthoven
Postbus 1
3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl

Ruimte etiket
Study ID

Ruimte etiket
Praktijk ID

A. In- en exclusiecriteria en afname materiaal

- ☐ Deelnemer is **18 jaar of ouder**, heeft diagnose **R81**, gebruikt momenteel **geen antibiotica** en had **geen acute luchtweginfectie** in de afgelopen maand

- ☐ Patiënt heeft toestemmingsverklaring getekend

Soort materiaal afgenomen: ☐ keelwat ☐ neuswat

Datum afname: _____ (dag) _____ (maand) _____ (jaar)

B. Gegevens patiënt

Leeftijd: _____ jaar Geslacht: ☐ Man ☐ Vrouw

Postcode: _____ Huisnummer: _____

Datum eerste ziektedag patiënt: _____ (dag) _____ (maand) _____ (jaar)

Symptomen aankruisen welke bij patiënt aanwezig zijn:

- | | |
|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Koorts | <input type="checkbox"/> Pijn vastzittend aan ademhaling |
| <input type="checkbox"/> Hoesten | <input type="checkbox"/> Tachycardie |
| <input type="checkbox"/> Dyspneu | <input type="checkbox"/> Hypotensie (SBD < 90, DBD < 60 mm Hg) |
| <input type="checkbox"/> Tachypneu | <input type="checkbox"/> Verwardheid |

Is er een CRP-bepaling gedaan? ☐ Nee ☐ Ja, uitslag: _____ mg/L

Is de saturatie gemeten? ☐ Nee ☐ Ja, uitslag: _____ %

Rookt de patiënt? ☐ Nee, nooit gerookt ☐ Nee, gestopt ☐ Ja

Woont of werkt de patiënt op een veehouderijbedrijf?

☐ Nee ☐ Ja, met diersoort _____

Ga verder op de achterzijde →

Datum ontvangst _____
(in te vullen door het lab)

C. Gezondheid en karakteristieken patiënt

Heeft de patiënt onderstaande chronische aandoeningen?

A. Chronische longziekte ☐ Nee ☐ Ja, Astma ☐ Ja, COPD

☐ Ja, Extrinsiche Allergische Alveolitis

☐ Ja, anders

B. Immuundeficiëntie ☐ Nee ☐ Ja

Gebruikt de patiënt inhalatiemedicatie? ☐ Ja ☒ Nee

O Ja, naam medicatie: _____

Heeft de patiënt de griepvaccinatie ontvangen? ☐ Nee ☐ Ja, laatste jaartal ontvangen: _____

Heeft de patiënt de pneumokokkenvaccinatie ontvangen? ☐ Nee ☐ Ja

Is de patiënt in de afgelopen vier weken in het buitenland geweest? ☐ Nee ☐ Ja

Heeft de patiënt in de afgelopen vier weken antibiotica gebruikt? ☐ Nee ☐ Ja

D. Opmerkingen over de afname van de keelwat en/of neuswat

Hieronder is ruimte voor opmerkingen over eventuele gebeurtenissen tijdens de afname (bijv. als verkeerde wat is gebruikt of als het buisje langer dan 20 minuten op de balie is blijven staan).

Date	Time	Location	Weather	Wind	Temp	Humidity	Pressure	Visibility	Clouds	Precip	Remarks