

Probenbegleitschein

ROBERT KOCH INSTITUT



Kontakt:

030 18754 2375

KL-Rota@rki.de

Rotavirus-Typisierung

Konsiliarlabor für Rotaviren
Robert Koch-Institut
Seestr. 10
13353 Berlin

Einsender:

Ansprechpartner:

Telefon:

E-Mail/Fax:

Zuständiges Gesundheitsamt:

Gewünschte Untersuchung (Public Health Mikrobiologie/Referenzuntersuchung)

Identifizierung / Typisierung

Rotavirus-Genotypisierung

Rotavirus-PCR als Bestätigungsuntersuchung

Differenzierung Wild-/Impfviren (bitte Impfstoff angeben)

Ausbruch-Untersuchung

Betroffene Person(en)/Probenquelle(n), Untersuchungsmaterial

Proben-ID (Einsender)	Geburts- Datum (mm/jjjj)	Geschlecht (m/w/d)	ggf. Patienten-ID (bei Verlaufs- untersuchungen)	Untersuchungs- material (Stuhl, Liquor...)	Entnahme- Datum (tt/mm/jjjj)	Vorbefunde (z.B. Rota-, Noro-, Astrovirus-pos.)

Fallbezogene ergänzende Informationen

Epidemiologie

keine Gruppenerkrankung

Gruppenerkrankung:

Herkennung: _____

Ort: _____

Einrichtung: _____

Zeitraum: _____

Anzahl erkrankter Personen: _____

Erkrankung wurde ambulant oder stationär erworben.

Verdacht auf Zusammenhang mit RV-Impfung

Sonstiges: _____

Impfung Rotarix RotaTeq nicht geimpft

letztes Impfdatum: _____

Symptome (wenn keine Gruppenerkrankung)

Durchfall/Erbrechen

Beginn: _____, Dauer (Tage): _____

neurologische Symptome

Sonstige Symptome: _____

Relevante Vorerkrankungen/Disposition

SCID Sonstiges: _____

Zusammenhang mit früheren Einsendungen:

ggf. bitte beschreiben

Damalige Proben-Nr. (RKI): _____

Hinweis: Zur Absicherung eines negativen Befundes führt das RKI ggf. ausgewählte ergänzende Untersuchungen durch, aus denen sich Hinweise auf andere Infektionen mit ähnlicher Symptomatik ergeben können. Kosten für den Einsender entstehen hierdurch nicht. Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass diese konsolidierenden Untersuchungen die ärztlich indizierten differentialdiagnostischen Untersuchungen durch das im Rahmen der üblichen Patientenversorgung eingebundene klinisch-mikrobiologische Labor **nicht** ersetzen.

Der Auftrag zur o.g. gewünschten Untersuchung wird erteilt:

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____