

AFP-Meldeformular Nr. 3

Einsender (Stempel)

Eingangsdatum:

Protokollnummer:

Kontaktperson _____

Begleitschein zur Einsendung von Stuhlproben zur virologischen Untersuchung im Rahmen der WHO-Initiative zur Ausrottung der Poliomyelitis *)

Familien-/Nachname(n) und Vorname(n) des/r Patienten/in	Geschlecht m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>
Anschrift	Sozialversicherungsnummer und Geburtsdatum
Ort der Erkrankung	Verwaltungsbezirk
Klinische Diagnose	Krankheitsbeginn
	Arzt (Name, Unterschrift)

Stuhlproben

Nr. 1	Abnahmedatum:	Uhrzeit:
Nr. 2	Abnahmedatum:	Uhrzeit:
Nr. 3.	Abnahmedatum:	Uhrzeit:

*) Gefordert sind mindestens zwei Stuhlproben (2 g oder 2 ml), die innerhalb von 14 Tagen nach Beginn der Lähmung im Abstand von mindestens 24 Stunden abgenommen werden.

Die allgemeinen Geschäftsbedingungen der AGES i.d.g.F (abzurufen unter: www.ages.at) werden akzeptiert.

Datum:

Unterschrift des behandelnden Arztes

Virologischer Befund (von der Referenzzentrale auszufüllen)

	kein Nachweis von Enteroviren	Nachweis von Enteroviren	Differenzierung
Nr. 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nr. 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nr. 3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Datum:

Unterschrift

geändert Konrad 20.12.2012; fachlich geprüft Huhulescu 20.12.2012; QM-geprüft Ressler 20.12.2012; freigegeben Indra 20.12.2012; Vorlage: 666_5