

# RICHTLIJN INFECTIEZIEKTEN VLAANDEREN - GONORROE

*Basistekst: LCI 04.2013*

*Vlaamse versie: 7/2024*

## Versiebeheer

Mei 2023:

- > Aanpassen diagnostiek (zie 3.1) en behandeling (zie 6)
  - Diagnostiek:
    - Bij opstart behandeling moet er altijd naast PCR een cultuur genomen worden.
  - Behandeling : ceftriaxone verhoogd van 500 mg naar 1 gram, azitromycine vervalt wegens toenemende resistentie
  - Aanpassen gevalsdefinitie (op basis ECDC): wegvallen waarschijnlijk geval op basis van labocriterium (gram kleuring op urethraal staal bij man). Bij bevestigd geval: kliniek niet nodig.

Juli 2024:

- > Stop meldingsplicht.

## Inhoudstafel

|       |                                                                                               |    |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1     | Algemeen                                                                                      | 4  |
| 2     | Ziekte                                                                                        | 4  |
| 2.1   | Verwekker                                                                                     | 4  |
| 2.2   | Pathogenese                                                                                   | 4  |
| 2.3   | Incubatieperiode                                                                              | 5  |
| 2.4   | Ziekteverschijnselen                                                                          | 5  |
| 2.4.1 | <i>Ziekteverschijnselen bij de vrouw</i>                                                      | 5  |
| 2.4.2 | <i>Complicaties bij de vrouw</i>                                                              | 5  |
| 2.4.3 | <i>Ziekteverschijnselen bij de man</i>                                                        | 6  |
| 2.4.4 | <i>Complicaties bij de man</i>                                                                | 6  |
| 2.4.5 | <i>Ziekteverschijnselen bij man en vrouw</i>                                                  | 6  |
| 2.4.6 | <i>Complicaties bij man en vrouw</i>                                                          | 6  |
| 2.5   | Verhoogde kans op ernstig verloop                                                             | 6  |
| 2.6   | Immuniteit                                                                                    | 7  |
| 3     | Diagnostiek                                                                                   | 7  |
| 3.1   | Microbiologische diagnostiek                                                                  | 7  |
| 3.1.1 | <i>Microbiologische diagnostiek bij de man</i>                                                | 7  |
| 3.1.2 | <i>Microbiologische diagnostiek bij de vrouw</i>                                              | 7  |
| 3.1.3 | <i>Microbiologische diagnostiek bij man en vrouw na klachten en/of anale en/of orale seks</i> | 7  |
| 3.1.4 | <i>Microbiologische diagnostiek bij aanhoudende klachten</i>                                  | 7  |
| 3.1.5 | <i>Referentielaboratorium:</i>                                                                | 8  |
| 4     | Besmetting                                                                                    | 8  |
| 4.1   | Reservoir                                                                                     | 8  |
| 4.2   | Besmettingsweg                                                                                | 8  |
| 4.3   | Besmettelijke periode                                                                         | 9  |
| 4.4   | Besmettelijkheid                                                                              | 9  |
| 5     | Verspreiding                                                                                  | 9  |
| 5.1   | Risicogroepen                                                                                 | 9  |
| 5.2   | Verspreiding in de wereld                                                                     | 9  |
| 5.3   | voorkomen in België                                                                           | 9  |
| 6     | Behandeling                                                                                   | 10 |
| 7     | Primaire preventie                                                                            | 10 |
| 7.1   | Immunisatie                                                                                   | 10 |
| 7.2   | Algemene preventieve maatregelen                                                              | 10 |
| 8     | Maatregelen naar aanleiding van een geval                                                     | 11 |
| 8.1   | Bronopsporing                                                                                 | 11 |
| 8.2   | Contactonderzoek en partnerwaarschuwing                                                       | 11 |
| 8.3   | Maatregelen ten aanzien van patiënt en contacten                                              | 11 |
| 8.4   | Maatregelen ter preventie van recidief infecties en ter voorkoming van andere soa             | 11 |
| 8.5   | Profylaxe                                                                                     | 12 |
| 8.6   | Wering van werk, school en kinderdagverblijf                                                  | 12 |
| 9     | Overige activiteiten                                                                          | 12 |
| 9.1   | Meldingsplicht                                                                                | 12 |
| 9.2   | Inschakelen van andere instanties                                                             | 12 |

////////////////////////////////////

|       |                                                                 |    |
|-------|-----------------------------------------------------------------|----|
| 9.3   | Andere protocollen en richtlijnen                               | 13 |
| 9.3.1 | <i>Websites met direct relevante informatie</i>                 | 13 |
| 9.3.2 | <i>Vlaams beschikbaar voorlichtings- en informatiemateriaal</i> | 13 |
| 9.4   | Literatuur                                                      | 13 |

# 1 Algemeen

Gonorroe is een seksueel overdraagbare aandoening (soa) en wordt ook wel “**druiper**” genoemd in de volksmond. De verwekker *Neisseria gonorrhoeae* ofwel de gonokok werd in 1879 aangetoond door Neisser en in 1882 voor het eerst gekweekt door Leistikov. Voor de komst van antibiotica was deze soa slecht te behandelen. Tegenwoordig moet men er rekening mee houden dat de bacterie verminderd gevoelig of zelfs resistent is voor een toenemend aantal antibiotica.

## 2 Ziekte

### 2.1 VERWEKKER

De bacterie *N. gonorrhoeae* is een gramnegatieve, niet-beweeglijke en niet-sporenvormende diplokok.

- > **Resistentie tegen penicilline** ligt tussen de 10 en 20% (onder andere wegens penicillinase-vormende gonokokkenstammen (PVG)).
- > **Resistentie tegen tetracycline en chinolonen** is nog hoger en bedraagt meer dan 30%.
- > **Resistentie voor derdegeneratiecefalosporines** is nog zeldzaam, maar verhoogde MIC's (minimum remmende concentratie van een antibioticum tegen een bacteriesoort) voor deze antibiotica worden al bij 5-10% van deze stammen gevonden<sup>1,2</sup>.
- > Recent is falen van ceftriaxonbehandeling bij een dergelijke stam beschreven en zijn ook **ceftriaxonresistente stammen** beschreven<sup>3,4</sup>. Bij gebrek aan andere effectieve antibiotica die in een eenmalige dosering per os of i.m. gegeven kunnen worden, bestaat er een dreiging voor moeilijk te behandelen gonorroe.
- > In 2015 waren 45,9% van de isolaten in België resistent voor ciprofloxacin en 4.1% waren resistent voor azithromycine. Alle isolaten waren gevoelig aan ceftriaxon en spectinomycine (Nationaal Referentie Centrum voor microbiologische surveillance van soa, ITG, Antwerpen).

### 2.2 PATHOGENESE

Gonokokken invaderen epitheelcellen van slijmvliezen waarmee ze in contact komen. De pili van de gonokok bewerkstelligen aanhechting aan slijmvliezen van de tractus urogenitalis (vaak urethra- of cervixslijmvlies) gevolgd door opname van gonokokken in epitheelcellen. De primaire infectie kan ook in proctum of farynx plaatsvinden. Gonokokken vermenigvuldigen zich vervolgens intracellulair. Na ongeveer 2 à 3 dagen komen de bacteriën vrij in de submucosale weefsels. Op de plaats van de infectie verzamelen zich polymorfonucleaire granulocyten, wat kan leiden tot kleine abcessen in de submucosa, met exsudaat en pusvorming. In sommige gevallen kan de bacterie zich direct of via de bloedbaan verplaatsen naar andere delen van het lichaam en aldus complicaties veroorzaken.



## 2.3 INCUBATIEPERIODE

De incubatieperiode duurt 2 dagen tot 2 weken (meestal 8 dagen). Na transmissie ontstaan bij mannen klinische symptomen van urogenitale gonorroe, bij 95% binnen 21 dagen. De langst beschreven incubatietijd bedroeg 57 dagen<sup>5</sup>. Bij vrouwen bestaan hier geen gegevens over. Wel is beschreven dat geïnfecteerde vrouwen 180 dagen na een risicocontact asymptomatisch konden blijven bij een actieve infectie<sup>6</sup>.

## 2.4 ZIEKTEVERSCIJNSELEN

Bij een groot deel (30-60%) van vrouwen met urogenitale gonorroe en bij de meerderheid van orofaryngeale en rectale gonorroe (70-90%) bij zowel mannen als vrouwen blijft de infectie asymptomatisch.

| Ziekteverschijnselen van gonorroe | Man                                                                                                                                                                                                       | Vrouw                                                                                                                                                                                   |
|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Urethraal / Endocervicaal</b>  | 90-95% symptomatisch<br>> 80% heeft urethrale afscheiding en/of dysurie (>50%)                                                                                                                            | endocervix infecties meestal asymptomatisch<br>meer of veranderde vaginale afscheiding in 50%<br>urethraal geeft dysurie bij 12 %<br>zelden tussentijds en/ of postcoïtaal bloedverlies |
| <b>Faryngeaal</b>                 | 90% asymptomatisch                                                                                                                                                                                        | Idem                                                                                                                                                                                    |
| <b>Anorectaal</b>                 | 85% asymptomatisch<br>anale slijmerige afscheiding bij 12% en/of anale pijn/ongemak bij 7%<br>ook jeuk en irritatie kunnen voorkomen                                                                      | Idem                                                                                                                                                                                    |
| <b>Complicaties</b>               | transluminale verspreiding kan epididymo-orchitis of prostatitis veroorzaken<br>urethrale stricturen bij chronische urethrale infectie<br>zeldzaam hematogene disseminatie<br>zeer zeldzaam perihepatitis | PID<br>bartholinitis<br>perihepatitis<br>zeldzaam hematogene verspreiding                                                                                                               |

Tabel 1. Ziekteverschijnselen van gonorroe bij man en vrouw<sup>7</sup>

### 2.4.1 Ziekteverschijnselen bij de vrouw

**Bij de vrouw:** bij 30-60% van de vrouwen met gonorroe treden **nauwelijks of geen klachten** op.

Als er bij de vrouw **klachten** optreden, gaat het meestal om een toegenomen hoeveelheid vaginale afscheiding. Andere verschijnselen zijn tussentijds bloedverlies, pijn en branderigheid bij het plassen (dysurie).

### 2.4.2 Complicaties bij de vrouw

**Pelvic Inflammatory Disease (PID) is de meest voorkomende complicatie van onbehandelde gonorroe.**

////////////////////////////////////



- > **Infectie tijdens de zwangerschap** kan resulteren in een **septische abortus, chorioamnionitis, te vroeg gebroken vliezen, vroeggeboorte en postpartumendometritis**.
- > **Bij een pasgeborene** kan **conjunctivitis gonorrhoeica** optreden. Onbehandeld kan dit leiden tot blindheid.

**Een eerdere infectie resulteert niet in bescherming tegen herinfectie met *N. gonorrhoeae*.**

- ### 3 Diagnostiek

### 3.1.1 Microbiologische diagnostiek bij de man

- ### 3.1.2 Microbiologische diagnostiek bij de vrouw

- ### 3.1.3 Microbiologische diagnostiek bij man en vrouw na klachten en/of anale en/of orale seks

### 3.1.4 Microbiologische diagnostiek bij aanhoudende klachten

➤ Bij een negatieve kweek:

- Bij een positieve NAAT, verwijst naar de 2e lijn om uit te sluiten dat er een persisterende infectie is.
- > Essentieel is dat het afgenomen materiaal bij kamertemperatuur getransporteerd en bewaard wordt en binnen 6 uur in het microbiologisch laboratorium wordt verwerkt, omdat bij langere transporttijden de gevoeligheid van de kweek drastisch afneemt.

Bij **gedissemineerde gonorroe** is **kweek en/of PCR** van pustels, bloed, synoviale vloeistof of liquor geïndiceerd. De sensitiviteit van de kweek is lager op dit materiaal. Bovendien zijn PCRs niet gevalideerd op deze materialen. Overleg steeds met arts-microbioloog.

Gegevens over de minimale incubatietijd nodig alvorens de test kan worden aanbevolen ontbreken, alhoewel klinische ervaring leert dat positieve PCR resultaten 1-2 dagen na infectie kunnen worden waargenomen. Het is aanbevolen om een test 2 weken na risicocontact uit te voeren (tenzij eerste test positief is) om vals negatieve PCR testresultaten te vermijden. Intussentijd strekt het tot aanbeveling zich te onthouden van seks of condoom te gebruiken<sup>11</sup>.

### 3.1.5 Referentielaboratorium:

Instituut voor Tropische Geneeskunde  
Nationalestraat 155  
2000 Antwerpen  
T 03 247 65 52

[https://nrchm.wiv-isp.be/nl/ref\\_centra\\_lab/sti\\_treponema\\_pallidum/default.aspx](https://nrchm.wiv-isp.be/nl/ref_centra_lab/sti_treponema_pallidum/default.aspx)

## 4 Besmetting

### 4.1 RESERVOIR

De mens.

### 4.2 BESMETTINGSWEG

- > **Via seksueel contact**, waarbij slijmvliezen met elkaar in aanraking komen.  
De belangrijkste verspreidingsweg is genitaal contact, te weten contact tussen penis-vagina (genito-genitaal) en penis-anus (genito-anaal). De besmetting kan zowel via insertief als receptief contact plaatsvinden. Anale infectie met gonorroe kan ook ontstaan door geïnfecteerde genitale secreta en hoeft niet altijd door anale seks te worden veroorzaakt. Ook is de verspreiding via de handen (bij vingeren en aftrekken) mogelijk. Bij oro-genitaal contact is eveneens transmissie mogelijk. Ook het delen van dildos en sekstoes kunnen een risico vormen.
- > **Van moeder op kind**: tijdens de vaginale baring kan het kind worden geïnfecteerd. Meestal gaat het dan om een conjunctivitis gonorrhoea.

*N. gonorrhoeae* infecteert in de meeste gevallen eerst het epitheel van de tractus urogenitalis. Primaire infectie van het rectum, de keel en bij perinatale transmissie de ogen van de pasgeborene komt minder frequent voor. Door overbrenging via de vingers of door sperma in het gelaat kan ook bij volwassenen conjunctivitis ontstaan.

////////////////////////////////////

## 4.3 BESMETTELIJKE PERIODE

Gonorroe is tijdens de incubatietijd, tijdens de klinische fase en bij een asymptomatische infectie besmettelijk (zie 2.3 Incubatieperiode). De besmettelijkheid is voorbij 24 uur na behandeling met antibiotica waarvoor de stam gevoelig is (zie 8.3 Maatregelen ten aanzien van patiënt en contacten).

Het is onduidelijk of de mate van besmettelijkheid bij een asymptomatische infectie anders is dan bij een infectie waarbij zich wel klachten voordoen.

## 4.4 BESMETTELIJKHEID

De transmissiekans is afhankelijk van de plaats van infectie en van het aantal seksuele contacten met de besmette sekspartner, maar is bij gonorroe over het algemeen hoog. De transmissiekans bij een eenmalig onbeschermd vaginaal seksueel contact wordt van vrouw naar man geschat op 20-30% en van man naar vrouw op 50-90%<sup>12</sup>. Bij meer seksuele contacten met dezelfde partner zullen deze kansen toenemen tot ongeveer 50% bij vrouw naar man en 90% bij man naar vrouw. De transmissiekans bij mannen die seks hebben met mannen (MSM) is onbekend. Buiten het lichaam is de bacterie slechts kort levensvatbaar, onder andere door de grote gevoeligheid voor uitdroging. Dit is van belang bij het transport van voor kweek aangeboden materialen.

# 5 Verspreiding

## 5.1 RISICOGROEPEN

Personen met wisselende onbeschermd seksuele contacten (inclusief seriële monogamie), mannen die seks hebben met mannen (MSM) sekswerkers en hun klanten. Daarnaast pasgeborenen van wie de moeder gonorroe heeft.

## 5.2 VERSPREIDING IN DE WERELD

Door de WHO wordt vermeld dat er naar schatting wereldwijd jaarlijks 357 miljoen nieuwe soa-patiënten zijn. Dit betreft de seksueel overdraagbare aandoeningen: syfilis, gonorroe en infecties met *Chlamydia trachomatis* en *Trichomonas vaginalis*. IN 2015 waren er volgens de Global Burden of Diseases Study 47.468.500 gevallen van gonorroe wereldwijd<sup>13</sup>. In Europa verminderde het aantal gonokokkeninfecties vanaf 1995 tot aan 2000, daarna was er een toename tot 9,5 per 100.000 in 2002. Tussen 2005 en 2008 daalde het totaal aantal gerapporteerde gevallen van gonorroe, maar sindsdien is er opnieuw een toenemende trend. In 2014 werden in 27 landen van de EU/EEA 66.413 gevallen van gonorroe gerapporteerd (20/100.000 inwoners). De cijfers verschillen sterk tussen de verschillende landen, de hoogste cijfers vindt men in Noord-Europa (Verenigd Koninkrijk: 60/100.000; Ierland (20), Denemarken (20) en Letland (18)). MSM tellen voor 44% van de gerapporteerde gevallen. Het aantal blijft toenemen (25% toename tussen 2013 en 2014)<sup>14</sup>.

## 5.3 VOORKOMEN IN BELGIË

Gonorroe vertoont sinds 2002 een stijgende trend in België, waarbij het aantal registraties gestegen is van 275 gevallen in 2002 (2.7/100.000 inwoners) tot 1339 gevallen in 2015 (11.9/100.000 inwoners). In 2015 was de



registratie vooral bij mannen tussen 20 en 39 jaar. Sinds 2011 is er een significante toename van gevallen bij 20- tot 29-jarige vrouwen<sup>15</sup>.

Het aantal meldingen in Vlaanderen steeg van 183 in 2002 (3.1/100.000 inwoners) naar 835 in 2015 (12.9/100.000 inwoners)<sup>15</sup>.

Uit een survey in 2010 bij behandelende artsen in Oost- en West-Vlaanderen blijkt dat het merendeel (79%) van de patiënten met gonorroe door een huisarts behandeld werd. De meeste gevallen deden zich voor bij mannen (82%). De compliance met de behandelingsrichtlijnen was matig (56%). Eén derde van de gevallen deden zich voor bij MSM.

## 6 Behandeling

- > Geadviseerd wordt om behandeling te starten als één van de onderstaande diagnostische testen positief is:
  - een positieve PCR;
  - een positieve kweek;
  - een positief Grampreparaat bij de man.
- > Eveneens kan behandeling worden gestart na afname van materiaal voor diagnostiek bij:
  - syndroommanagement (behandeling instellen op basis van klachten)
  - seksuele partners (met onbeschermd seksueel contact) van patiënten met gonorroe.
  - Bij onzekere opvolging
- > De richtlijnen in Vlaanderen stellen volgend schema voor [[KCE, 2019](#)<sup>11</sup>; [BAPCOC, 2022](#) <sup>16</sup>]:
  - > Ceftriaxone 1g IM (mag ook gegeven worden aan zwangeren)<sup>11</sup>
  - > Bij bewezen type 1 betalactam allergie moet er doorverwezen worden naar de 2de lijn.
- > Behandeling van Pelvic Inflammatory Disease (PID) of ontsteking van het kleine bekken [[BAPCOC, 2022](#)]
  - Licht tot matig geval: ambulant & niet zwanger.
    - Ceftriaxon 1 g IM eenmalig
    - + doxycycline 100 mg x 2 per dag, 14 dagen
    - + metronidazole 500 mg x 3 per dag, 14 dagen revalueer na 72 uur.
  - Ernstig geval of zwangere: hospitalisatie
    - Behandeling in overleg met de specialist.

## 7 Primaire preventie

### 7.1 IMMUNISATIE

Een vaccin tegen gonorroe is niet beschikbaar.

### 7.2 ALGEMENE PREVENTIEVE MAATREGELEN

Vermijden van onveilig seksueel contact ofwel vermijden dat geïnfecteerd urethraal, vaginaal, rectaal of faryngeaal vocht van de ene partner in aanraking komt met het slijmvlies van de andere partner. Seksuele overdracht van gonorroe kan sterk worden verminderd door het gebruik van condooms en/of beflapjes. Verschillende factoren kunnen van invloed zijn op het al dan niet gebruiken van een condoom (attitude,

gedrag, vaardigheden). Het is van belang om deze te bespreken tijdens counseling. Delen van sekstoys dient vermeden te worden.

## 8 Maatregelen naar aanleiding van een geval

### 8.1 BRONOPSPORING

Omdat vaak niet is vast te stellen wie de uiteindelijke infectiebron is geweest, wordt in de soabestrijding niet meer gesproken van bronopsporing, maar van partnerwaarschuwing en contactonderzoek.

### 8.2 CONTACTONDERZOEK EN PARTNERWAARSCHUWING

- > De behandeling van een cliënt met gonorroe is niet compleet zonder partnerwaarschuwing en contactonderzoek. Partnerbehandeling is in het belang van de cliënt en relevant in het tegengaan van verdere verspreiding van de infectie.
- > Partnerwaarschuwing, contactonderzoek en partnerbehandeling kunnen echter nooit afgedwongen worden. De cliënt moet altijd toestemming geven. Met de cliënt wordt besproken door wie welke partner(s) gewaarschuwd worden. Indien de cliënt niet bereid is om de partners zelf aan te spreken kan aangeboden worden de partners anoniem een verwittiging te sturen met een uitnodiging om zich te laten testen/behandelen.
- > **Bij een cliënt met symptomatische gonorroe** vindt partnerwaarschuwing plaats van alle seksuele partners van de 4 tot 6 weken voorafgaand aan de klachten.
- > Indien **alleen een waarschijnlijkheidsdiagnose** gesteld is, maar er **wel met behandeling wordt begonnen**, moet worden aangeraden wel de huidige partner(s), maar nog niet de vorige partner(s) te waarschuwen en daarmee te wachten tot de definitieve diagnose bekend is.
- > Als duidelijk is dat de infectie al langer bestaat, wordt zo mogelijk verder teruggegaan in de tijd.
- > **Bij een cliënt met asymptomatische gonorroe** worden alle partners van de laatste 6 maanden gewaarschuwd. In een vervolgspraak kan worden nagegaan of de partner(s) gewaarschuwd zijn.

### 8.3 MAATREGELEN TEN AANZIEN VAN PATIËNT EN CONTACTEN

Bij een adequate therapie is het risico van overdracht waarschijnlijk, maar niet geheel zeker, binnen 24 uur verdwenen. Over het algemeen wordt geadviseerd tot een week na de behandeling geen seksueel contact te hebben. Om 'pingponginfecties' te voorkomen moet(en) ook de seksuele partner(s) onderzocht, getest en behandeld worden. Tot een week nadat cliënt en partner behandeld zijn, wordt seksueel contact afgeraden. Indien de patiënt dit advies niet op wil volgen, wordt aangeraden in elk geval een condoom (of bij beffen een beflapje) te gebruiken, ook als de partner gelijktijdig wordt behandeld.

### 8.4 MAATREGELEN TER PREVENTIE VAN RECIDIEFINFECTIES EN TER VOORKOMING VAN ANDERE SOA

Het is van belang dat er zo snel mogelijk een gesprek te houden met de cliënt en voorlichting te geven over de besmettingsweg, de besmettelijke periode, de besmettelijkheid, behandeling en preventie. Tevens is een volledige soa check up aan te bevelen, en, rekening houdend met de verschillende incubatieperiodes, is een voldoende lange opvolging en hertest nodig. Afhankelijk van het risicogedrag kunnen volgende testen worden

////////////////////////////////////

Daarnaast is het belangrijk om gedragsverandering te ondersteunen door counseling. “Motivational interviewing” kan hierbij een goed hulpmiddel zijn.

Geen.

Wering is vanuit volksgezondheidsperspectief niet zinvol behalve voor sekswerkers tot na behandeling.

## 9.1 MELDINGSPLICHT

| CRITERIA                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Epidemiologische criteria</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>transmissie van mens naar mens (seksueel contact of verticale transmissie)</li> </ul>                                                                                                                                    |
| <b>Laboratoriumcriteria</b><br><i>Laboratoriumconfirmatie</i><br>Minstens één van de volgende: <ul style="list-style-type: none"> <li>isolatie van <i>Neisseria gonorrhoeae</i> uit een klinisch staal</li> <li>positieve PCR voor <i>Neisseria gonorrhoeae</i> in een klinisch staal</li> </ul> |

| GEVALSDEFINITIE                                                                                                 |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <p><b>Waarschijnlijk</b></p> <p>Patiënt met passend klinisch beeld en epidemiologische criteria</p>             |  |
| <p><b>Bevestigd</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• patiënt met laboratoriumconfirmatie</li> </ul> |  |

Contact infectieziekten per provincie binnen de kantooruren:

Voor het dringend melden van infectieziekten kunt u buiten de kantooruren de dienstdoende arts infectieziektebestrijding bereiken op het nummer 02 512 93 89.

Niet nodig.



[https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/content/bapcoc\\_gids\\_antiinfectieuze\\_behandeling\\_2022.pdf](https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/content/bapcoc_gids_antiinfectieuze_behandeling_2022.pdf)

