|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Melding van infectieziekten | DEPZORG-VERSIE 19-02-2024 |
|  | /////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////// |
|  | **Afdeling Preventief Gezondheidsbeleid**Koning Albert II-laan 35 bus 30, 1030 BRUSSEL**T** 02 553 36 71infectieziektebestrijding@vlaanderen.be [www.departementzorg.be](http://www.departementzorg.be)  |
|  | *Waarvoor dient dit formulier?*Met dit formulier maakt u melding van (een vermoeden van) een meldingsplichtige infectieziekte. De meldingsplichtige infectieziekten zijn bepaald in de volgende regelgeving:* het decreet van 21 november 2003 betreffende het preventieve gezondheidsbeleid, artikel 45, gewijzigd bij het decreet van 23 december 2022;
* het besluit van de Vlaamse Regering van 12 januari 2024 over initiatieven om uitbreiding van schadelijke effecten, die veroorzaakt zijn door biotische factoren, tegen te gaan, artikel 2 tot en met 6 en 8;
* het ministerieel besluit van 19 juni 2009 tot bepaling van de lijst van infecties die gemeld moeten worden en tot delegatie van de bevoegdheid om ambtenaren-artsen en ambtenaren aan te wijzen.

*Waar vindt u bijkomende informatie?*<https://www.vlaanderen.be/departement-zorg/infectieziekten-en-vaccinaties>**Welke gegevens meldt u?***U bent* ***verplicht*** *het identificatienummer van de sociale zekerheid (rijksregister- of BIS-nummer), de voor- en achternaam, de geboortedatum en het geslacht van de geïnfecteerde persoon en de vermoede of bevestigde diagnose van de meldingsplichtige infectie te melden als ze bekend zijn. Als u vanuit uw beroepservaring van oordeel bent dat ze noodzakelijk zijn voor de ambtenaren-artsen en de ambtenaren, kunt u ook een of meer van de* ***aanvullende*** *gegevens meedelen. Die gegevens kunnen door de ambtenaren-artsen en ambtenaren van het Departement Zorg ook opgevraagd worden als dat noodzakelijk is. In dat laatste geval bent u conform artikel 45, §2, tweede lid, verplicht die gegevens mee te delen als u daarvan op de hoogte bent.* ***Aan wie bezorgt u dit formulier?****Bezorg dit formulier zo snel mogelijk (****binnen 24 uur****) aan de ambtenaar-arts van het Departement Zorg of aan de ambtenaar die onder de verantwoordelijkheid staat van de ambtenaar-arts van het Departement Zorg, conform artikel 45, §2, derde en vierde lid, van het decreet van 21 november 2003 betreffende het preventieve gezondheidsbeleid en artikel 4 van het besluit van de Vlaamse Regering van 12 januari 2024 over initiatieven om uitbreiding van schadelijke effecten, die veroorzaakt zijn door biotische factoren, tegen te gaan.* U kunt een melding van een infectieziekte op een van de volgende manieren bezorgen:* rechtstreeks vanuit het Elektronisch Medisch Dossier (EMD), geïntegreerd in uw huisartsenpakket, met het e-form ‘**Aangifte meldingsplichtige infectieziekte aan het Departement Zorg**’

Geen EMD of e-form integratie? Gebruik dit **formulier 'Melding van infectieziekten'**:* via e-Healthbox (UMM). In uw e-Healthbox kunt u het Departement Zorg terugvinden als VAZG (1990001916) in de categorie “Speciale door het eHealth-platform erkende entiteit”;
* via een beveiligde en geëncrypteerde e-mail naar infectieziektebestrijding@vlaanderen.be;
* schriftelijk per post, onder gesloten omslag, met de vermelding “medisch geheim”, en op naam van de ambtenaar-arts die binnen het Departement Zorg verantwoordelijk is voor de provincie waar u uw beroepsactiviteit uitvoert;
* telefonisch melden.

U vindt de contactgegevens op [contactgegevens team infectieziektebestrijding en vaccinatie](https://www.zorg-en-gezondheid.be/over-ons/organogram/afdeling-preventie/contact-infectieziektebestrijding-en-vaccinatie).*Dringende meldingen moet u altijd telefonisch doorgeven*. *Buiten de kantooruren kunt u bellen naar 02 512 93 89.* |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Gegevens van de melding |
|  |
|  | infectieziekte |       |
|  | meldingsdatum | dag |    | maand |    | jaar |      |  |
|  | diagnose op basis van | [ ]  | kliniek | [ ]  | epidemiologische link | [ ]  | laboresultaat |
|  | land van besmetting |       |
|  |
|  | Gegevens van de geïnfecteerde persoon |
|  |
|  | **verplichte gegevens** |  |
|  |
|  | identificatienummer sociale zekerheid |       | [ ]  | niet bekend | [ ]  | melding cluster |
|  | voor- en achternaam |       |
|  | geslacht | [ ]  | M | [ ]  | V | [ ]  | X |
|  | geboortedatum | dag |    | maand |    | jaar |      |  |
|  |
|  | **aanvullende gegevens: persoonsgegevens** |  |
|  |
|  | geboorteland |       | nationaliteit |       |
|  | **domicilieadres:** |  |
|  | straat en nummer |       |
|  | postnummer en gemeente |       |
|  | telefoonnummer  |       |
|  | **verblijfsadres:** | *(als dat verschilt van het domicilieadres)* |
|  | straat en nummer |       |
|  | postnummer en gemeente |       |
|  | **wettelijke vertegenwoordiger:** | *(als dat relevant is)* |
|  | voor- en achternaam |       |
|  | telefoonnummer |       |
|  |
|  | **aanvullende gegevens: bron- en contactonderzoek**  |  |
|  |
|  | beroep  |       |
|  | werkplaats |       |
|  | vermoedelijke bron van besmetting |       |
|  | gezinssamenstelling van de geïnfecteerde persoon *Geef de naam van de gezinsleden die op hetzelfde adres wonen, en hun relatie tot de geïnfecteerde persoon.* |       |
|  | de activiteiten, contacten en aanwezigheden op plaatsen tijdens de maximale incubatieperiode en tijdens de ziekteperiode (*bijvoorbeeld reis of contact met de zieke)* |       |
|  |
|  | **aanvullende gegevens: medische gegevens** |  |
|  | zwangerschap | [ ]  | ja | [ ]  | nee |
|  | de ingestelde therapie |       |
|  | de outcome na acuut ziektestadium *(sequellen, overleden, genezen)* |       |
|  | informatie over onderliggend lijden, therapie en antecedenten |       |
|  | vaccinatiestatus van de geïnfecteerde persoon *(als dat relevant is)* | [ ]  | volledig gevaccineerd | [ ]  | onvolledig gevaccineerd | [ ]  | niet gevaccineerd | [ ]  | onbekend |
|  |
|  | Laboratoriumgegevens |
|  |
|  | start symptomen | dag |    | maand |    | jaar |      |  |
|  | datum consultatie | dag |    | maand |    | jaar |      |  |
|  | datum staalname | dag |    | maand |    | jaar |      |  |
|  | aard van het staal |       | staalnummer |       | dossierreferentie |       |
|  |
|  | **serologie** | **IgM** | [ ]  | positief | [ ]  | negatief | titer |       |  | **hepatitis** | **GOT** |       | U/L | **GPT** |       | U/L |
|  | **serologie** | **IgG** | [ ]  | positief | [ ]  | negatief | titer |       |  |  | [ ]  | **acuut** | [ ]  | **chronisch** |
|  | **rechtstreeks onderzoek** | [ ]  | positief | [ ]  | negatief |  | **PCR** | [ ]  | positief | [ ]  | negatief |
|  | **cultuur** | [ ]  | positief | [ ]  | negatief |  | **urine-antigen** | [ ]  | positief | [ ]  | negatief |
|  | andere gegevens *(bijvoorbeeld medische beeldvorming)* |       |
|  | opmerkingen |       |
|  |
|  | **Gegevens van de melder** |
|  |
|  | *U bent verplicht de identiteits- en contactgegevens van de melder in te vullen.*  |
|  | voor- en achternaam |       |
|  | functie |       |
|  | instelling |       |
|  | telefoon- of gsm-nummer |       |
|  | e-mailadres |       |
|  | postnummer en gemeente |       |
|  | melder is behandelende arts | [ ]  | ja. *U hoeft de gegevens van de behandelende arts niet in te vullen.* | [ ]  | nee |
|  |
|  | **Gegevens van de behandelende arts** |
|  |
|  | voor- en achternaam |       |
|  | functie |       |
|  | instelling |       |
|  | telefoon- of gsm-nummer |       |
|  | e-mailadres |       |
|  | postnummer en gemeente |       |