**Aanmeldformulier aanvraag Feces Microbiota Transplantatie patiënt**

|  |  |
| --- | --- |
| **P-nummer NDFB****Geboortejaar****Geslacht** |  |
| Is de indicatie voor FMT recidiverende *Clostridium difficile* infectie (rCDI)?  |  |
| Zo nee, wat is de indicatie:  |  |
| Wat zijn de klachten en het beloop(graag uitgebreid) |  |
| Hoeveel CDI episodes heeft de patiënt gehad?  |  |
| Hoe is de CDI gediagnosticeerd? | Graag onderstaande tabel invullen |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Episoden CDI:**  | **Diagnostiek; voor start behandeling****Graag ook negatieve testen aangeven** | **Therapie** | **Response** |
| Vrije toxinen in de feces (Tox A/B EIA) | GDH (EIA) | PCR (indien bekend Ct-waarde) | Anders (kweek, CCNA etc.) | Beschrijving middel en duur van therapie | Verbetering van klachten (consistentie/frequentie) |
|  1/  |   |   |   |   |   |   |
|  2/  |   |   |  |   |  |  |
|  3/  |   |   |   |   |  |  |
|  4/ (en evt verder) |   |   |  |   |   |   |

|  |  |
| --- | --- |
| Is er al therapie voor de huidige episode gestart? Zo ja, wanneer + wat |  |
| Gebruikte patiënt antibiotica voorafgaand aan de eerste *Clostridium difficile*? Zo ja, welke: |  |
| Heeft de patiënt andere antibiotica gebruikt (dan voor CDI) tijdens/tussen CDI episodesZo ja, welke: |  |
| Heeft de patiënt een ernstige CDI? (leuco’s >15 en/of >50% stijging serum creatinine)Zo ja, welke van bovenstaande: |  |
| Welk ribotype van *C. difficile* gaf de infectie (indien bekend)? |  |
| Hoe was de ontlasting vóór de klachten van recidiverende CDI begonnen? |  |
| Wat was het gewicht vóór en na de CDI episode: |  |
| Is er sprake van co-morbiditeit? Zo ja, welke aandoeningenEvt. brief o.i.d. inplakken graag. |  |
| Welke medicatie gebruikt de patiënt |  |
| Gebruikt de patiënt sondevoeding |  |
| Gebruikt de patiënt probiotica, zo ja welke: |  |
| Heeft de patiënt een voedselallergie (zoals bijv. pinda of gluten?)Zo ja, welke:  |  |
| Heeft de patiënt een medicijnallergie?  |  |
| Indien beschikbaar graag onderstaande laboratoriumgegevens invullen* 1. CRP:
	2. Leucocyten:
	3. Nierfunctie: eGFR
 |  |
| Is de patiënt immuungecompromiteerd? Zo ja, op welke manier? |  |
| Heeft de patiënt problemen met de passage of bekende risicofactoren voor passageproblemen Zo ja, wat zijn deze (bijv. slikstoornissen, DM, calcificaties darm door PD, ileus etc.) |  |
| Wanneer zou de FMT uitgevoerd moeten worden? |  |
| Wat zijn de contactgegevens van de behandelaar, en op welk adres moet de feces suspensie worden afgegeven? | Naam: Telefoonnummer: Email-adres: Ruimte-nummer: ZiekenhuisAdres:  |

Indien mogelijk wil de NDFB graag twee fecesmonsters van de patiënt ontvangen: 1 fecesmonster vóór en 1 fecesmonster van ongeveer 3 weken na de FMT. De samples kunnen worden verstuurd via het lokale microbiologie laboratorium. Zie voor de verzendingsgegevens het verzendformulier (bijgevoegd bij informed consent). Voor vragen kan contact worden opgenomen met: info@ndfb.nl of 071-5296545