

**Verwijsformulier van huisarts/dermatoloog/ziekenhuis voor begeleiding en behandeling van scabiës door team infectieziektebestrijding GGD regio Utrecht (GGDrU)**

Formulier na telefonisch overleg met team Infectieziektebestrijding (030-6086086) verzenden via zorgmail naar [infectieggdregioutrecht@zorgmail.nl](mailto:infectieggdregioutrecht@zorgmail.nl)

**Doel**

Ondersteuning bij de uitvoering van bron- en contactopsporing en behandeling van scabiës bij:

- recidief scabiës waarbij de reden van het niet slagen van de behandeling in de thuissituatie ligt
- een cluster, waar uitgebreid contactonderzoek nodig is.

**Gegevens verwijzer**

Naam verwijzer	
Functie	Huisarts / dermatoloog / anders, namelijk:
Telefoonnummer	

**Patiëntgegevens**

Naam	
Geboortedatum	
BSN	
Adres	
Postcode + Woonplaats	
Telefoonnummer	
Emailadres	

**Diagnose:**

- Scabiës  Scabiës crustosa (dan altijd telefonisch contact met de GGD).

**Datum (laatste) diagnose:** \_\_\_\_\_

**Diagnostische methode (meerdere antwoorden mogelijk):**

- Klinisch beeld
- Microscopie:
- eieren gezien,
  - mijten gezien
  - géén eieren of mijten gezien
- PCR
- Anders: \_\_\_\_\_

**Eerste ziektedag:** \_\_\_\_\_

**Patiënt heeft een recept meegekregen van:**

- Ivermectine tabletten. Dosering: \_\_\_\_\_
- Loxazol crème. Dosering: \_\_\_\_\_
- Anders, namelijk: \_\_\_\_\_

**Heeft patiënt advies gekregen om de behandeling te herhalen na 7-14 dagen?**

- Ja  Nee

**Herhaling met dezelfde medicatie?**

- Ja  Nee

**Werd patiënt al eerder behandeld?**

- Ja

Datum	Naam middel (en)	Herhalingsbehandeling
		<i>Ja/nee</i>
		<i>Ja/nee</i>
		<i>Ja/nee</i>
		<i>Ja/nee</i>

- Nee

**Worden er (gezins-)contacten mee behandeld?**

- Ja (op laatste pagina invullen)  Nee

**Patiënt heeft instructie voor behandeling en wasinstructie kleding ontvangen**

- Ja  Nee

### **Is er sprake van**

- Onderliggend lijden
- Huidafwijkingen anders dan scabiës:
  - eczeem
  - huidziekte:
  - anders:
- Afweer onderdrukkende medicatie
- Zwangerschap

### **Informatie voor de GGD**

*(denk aan bijvoorbeeld taalbarrière, begrijpen van behandeling, andere problematiek wat van invloed is etc.)*

Specifieke ondersteuning nodig voor:

---

---

---

---

- De patiënt neemt contact op met het team infectieziektebestrijding van de GGD
- De patiënt geeft toestemming dat de GGD telefonisch contact met hem/haar of met de contactpersoon opneemt

**Naam en telefoonnummer patiënt of contactpersoon:**

---

**(Gezins-)contacten indexpatiënt:**

Naam contact	
Relatie met index	
Geboortedatum	
Recept uitgeschreven	Ja / nee Zo ja, welk middel:
	Dosering:
Naam contact	
Relatie met index	
Geboortedatum	
Recept uitgeschreven	Ja / nee. Zo ja, welk middel:
	Dosering:
Naam contact	
Relatie met index	
Geboortedatum	
Recept uitgeschreven	Ja / nee. Zo ja, welk middel:
	Dosering:
Naam contact	
Relatie met index	
Geboortedatum	
Recept uitgeschreven	Ja / nee. Zo ja, welk middel:
	Dosering:
Naam contact	
Relatie met index	
Geboortedatum	
Recept uitgeschreven	

