



Hieronder nog wat algemene info (voorbereid voor ao gisteren)

Bij mogelijke gevallen wordt eerst nagegaan of de patiënt de passende klachten heeft (koorts en hoesten of benauwdheid). Dan wordt ook nagegaan of hij/zij in de afgelopen 14 dagen in een risicogebied is geweest en/of een contact van een bevestigde patiënt is. Dit gebeurt bij voorkeur allemaal telefonisch, want je wil geen besmettingen in de wachtkamer van de huisarts en bij de SEH in het ziekenhuis. Dat maakt een zorgvuldige anamnese niet makkelijk. Overigens is de waarschijnlijke bron doorgaans wel (redelijk) snel duidelijk als mensen in de risicogebieden zijn geweest in de afgelopen 14 dagen. Soms is echt speurwerk nodig als de persoon in kwestie niet gereisd heeft en ook niet weet of hij/zij contact met een bevestigd geval heeft gehad. Dat kost dan tijd. Soms spelen taalproblemen. Een laatste punt dat genoemd moet worden is dat de situatie in Europa en daarbuiten snel wijzigt. Een nieuw risicogebied wordt pas nadat daar meerdere gevallen zich hebben voorgedaan én er lokale/ wijdverspreide transmissie is, toegevoegd aan onze casusdefinitie. In de tussentijd kun je dan patiënten hebben die in dat gebied geweest zijn, maar dan blijft de waarschijnlijke bron vooralsnog onbekend. Noord italie en Singapore zijn hier voorbeelden van.