

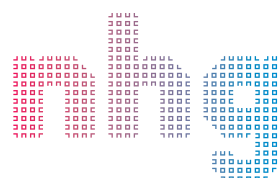
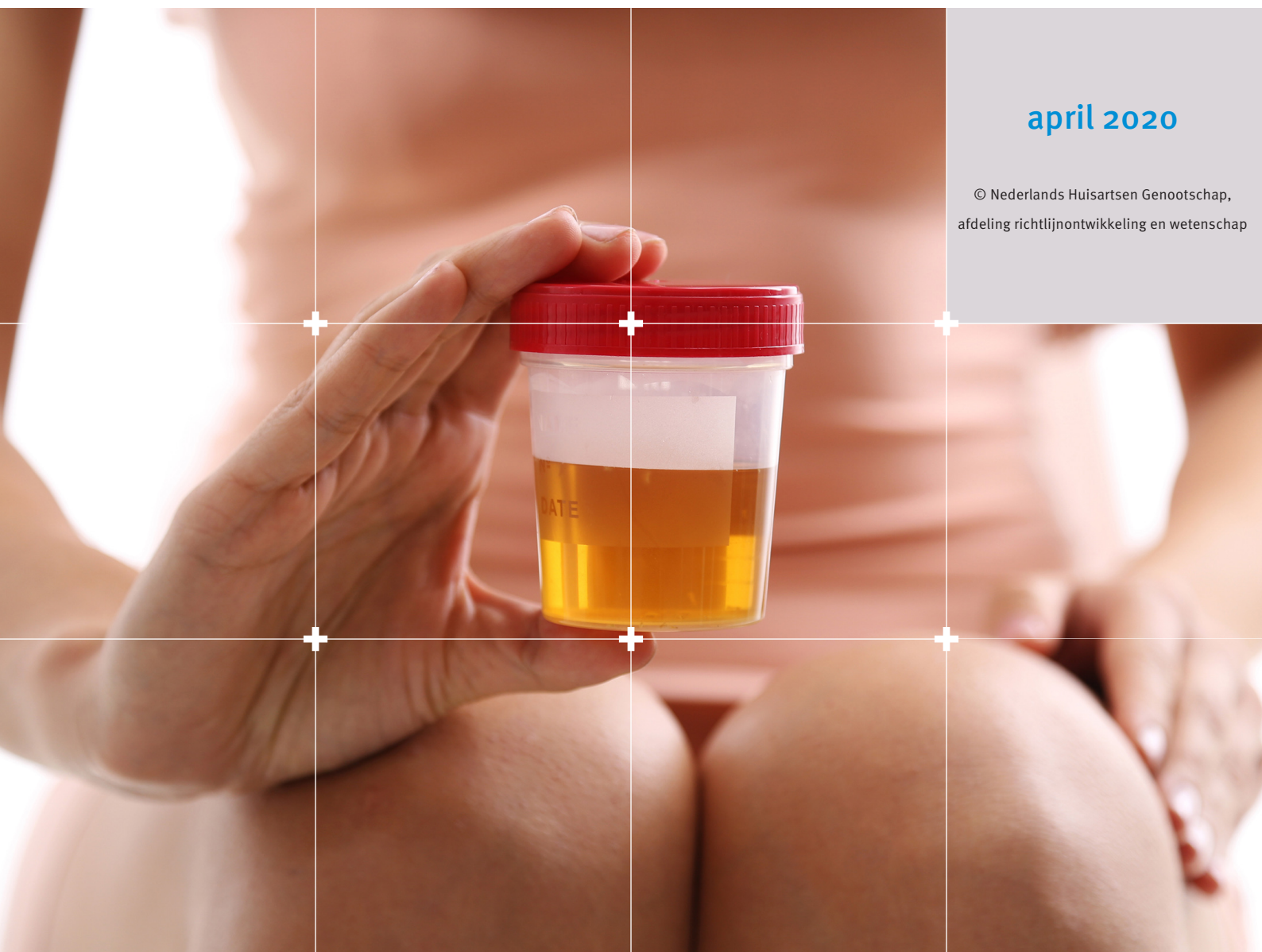


Totstandkoming en methoden

Urineweginfecties (Mo5)

april 2020

© Nederlands Huisartsen Genootschap,
afdeling richtlijnontwikkeling en wetenschap



Nederlands
Huisartsen
Genootschap

Inhoudsopgave

1 Samenstelling werkgroep	3
2 Inleiding	4
2.1 Doel van de standaard	4
2.2 Afbakening van het onderwerp	4
2.3 Werkwijze	4
2.4 Gebruikers van de richtlijn	4
2.5 Betrokkenheid beroepsorganisaties	4
2.6 Betrokkenheid patiëntenvertegenwoordigers	4
2.7 Presentatie	4
2.8 Implementatie	4
2.9 Juridische status van richtlijnen	5
2.10 Delegeren van taken	5
2.11 Belangenverstrengeling	5
2.12 Financiering	5
3 Methoden algemeen	6
3.1 Voorbereidingsfase	6
3.1.1 Knelpuntenanalyse	6
3.1.2 Opstellen van uitgangsvragen	6
3.2 Ontwikkelingsfase	6
3.2.1 Zoekstrategie en selectie van literatuur	6
3.2.2 Beoordeling en gradering van het wetenschappelijke bewijs	7
3.2.3 Doelmatigheid	7
3.2.4 Synthese van bewijs en opstellen van aanbevelingen	7
3.3 Commentaar- en autorisatiefase	8
3.4 Procedure voor herziening	8
Bijlage 1 Uitgangsvragen	9
Bijlage 2 Zoekstrategieën	11

1 Samenstelling werkgroep

Werkgroeplid	Affiliatie/instelling
Dr. Margriet Bouma	Senior wetenschappelijk medewerker NHG, huisarts n.p.
Prof. Dr. Suzanne Geerlings	Internist-Infectioloog, AMC-UvA; hoogleraar Inwendige geneeskunde AMC-UvA
Sanne Klinkhamer	Kaderhuisarts Urogynaecologie
Dr. Bart Knottnerus	Huisarts en onderzoeker AMC-UvA
Dr. Tamara Platteel	Wetenschappelijk medewerker NHG, huisarts
Dr. Ascelijn Reuland	Medisch-microbioloog SALTRO, UMCU, RIVM
Dr. Annemiek Schep	Wetenschappelijk medewerker NHG, epidemioloog
Dr. Maureen van den Donk	Wetenschappelijk medewerker NHG, epidemioloog
Ilona Visser	Huisarts
Dr. René Wolters	Huisarts en onderzoeker IQ Healthcare

Olivier Frinking en Loes Beckers, huisartsen in opleiding AMC Amsterdam, hebben bijgedragen aan het detail over profylaxe van recidiverende urineweginfecties.

De werkgroep werd ondersteund door de volgende medewerkers van het NHG:

- Lian Hielkema, medisch informatiespecialist
- Monique Verduijn, senior wetenschappelijk medewerker Farmacotherapie
- Carolien Hooijmans, wetenschappelijk medewerker Farmacotherapie
- Dr. Aimée Kok-Pigge, wetenschappelijk medewerker afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap
- Swanet Woldhuis, clustermanager Richtlijnontwikkeling en Wetenschap
- Vroon Pigmans, huisarts, senior wetenschappelijk medewerker afdeling Implementatie
- Femke Schoo, secretaresse

2 Inleiding

2.1 Doel van de standaard

De NHG-Standaard Urineweginfecties geeft richtlijnen voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van patiënten met deze aandoening binnen de huisartsenpraktijk en geeft aanbevelingen voor verwijzing.

2.2 Afbakening van het onderwerp

Binnen de scope vallen: diagnostiek en behandeling van acute bacteriële infecties van de urinewegen; hiertoe worden cystitis, pyelonefritis en acute prostatitis gerekend.

Buiten de scope vallen: uretritis (zie NHG-Standaard Het soa-consult), chronische prostatitis (zie NHG-Standaard Mictieklachten bij mannen) en epididymitis (zie NHG-Behandelrichtlijn Epididymitis).

2.3 Werkwijze

In de huidige herziening zijn de onderdelen diagnostiek en beleid inhoudelijk herzien; dit betreft zowel de hoofdtekst als een deel van de details. Daarnaast is de hoofdtekst van de standaard redactioneel aangepast.

De herziening van de standaard is gestart in september 2017; in zeven werkgroepbijeenkomsten heeft de werkgroep een conceptstandaard opgesteld. Dr. T.N. Platteel begeleidde de werkgroep en schreef conceptteksten. Dr. M. van den Donk en dr. A. Schep verzorgden de methodologische ondersteuning voor het systematisch samenvatten van het bewijs. Dr. M. Bouma was betrokken als senior wetenschappelijk medewerker en voorzitter van de werkgroepbijeenkomsten.

2.4 Gebruikers van de richtlijn

De richtlijn is primair ontwikkeld voor huisartsen die bij de diagnostiek en behandeling van patiënten met urineweginfecties betrokken zijn.

2.5 Betrokkenheid beroepsorganisaties

In de werkgroep zat dr. E.A. Reuland, arts-microbioloog, namens de NVMM. Enkele werkgroepleden waren ook betrokken bij de herziening van de richtlijn Urineweginfecties van de NVU, NVK, SWAB en Verenso.

2.6 Betrokkenheid patiëntenvertegenwoordigers

Voor het achterhalen van waarden en voorkeuren van patiënten is een systematische zoekactie in de literatuur uitgevoerd. Hierbij werden geen relevante onderzoeken gevonden.

2.7 Presentatie

De richtlijn kent een modulaire presentatie, met als doel om transparant en expliciet te zijn over de wijze waarop de aanbevelingen tot stand zijn gekomen. Bijkomend voordeel hiervan is dat toekomstige gedeeltelijke herzieningen worden vereenvoudigd.

2.8 Implementatie

In de verschillende fasen van de richtlijnontwikkeling is geprobeerd rekening te houden met de implementatie van de richtlijn en de daadwerkelijke uitvoerbaarheid van de aanbevelingen. Daarbij is expliciet gelet op factoren die de invoering van de richtlijn in de praktijk kunnen bevorderen of belemmeren.

2.9 Juridische status van richtlijnen

Richtlijnen bevatten geen wettelijke voorschriften, maar aanbevelingen die zo veel mogelijk op bewijs gebaseerd zijn. Zorgverleners kunnen aan de aanbevelingen voldoen in het streven om kwalitatief goede of 'optimale' zorg te verlenen. Aangezien deze aanbevelingen gebaseerd zijn op 'algemeen bewijs voor optimale zorg' en de inzichten van de werkgroep hierover, kunnen zorgverleners op basis van hun professionele autonomie zo nodig in individuele gevallen afwijken van de richtlijn. Afwijken van richtlijnen is, als de situatie van de patiënt dat vereist, zelfs noodzakelijk. Wanneer van deze richtlijn wordt afgeweken, wordt het aanbevolen om dit beargumenteerd en gedocumenteerd, waar relevant in overleg met de patiënt, te doen.

Inbreng van de patiënt

De NHG-Standaarden geven richtlijnen voor het handelen van de huisarts; de rol van de huisarts staat dan ook centraal. Daarbij geldt echter altijd dat factoren van de kant van de patiënt het beleid mede bepalen. Om praktische redenen komt dit uitgangspunt niet telkens opnieuw in de richtlijn aan de orde, maar wordt het hier expliciet vermeld. De huisarts stelt waar mogelijk het beleid vast in samenspraak met de patiënt, met inachtneming van diens specifieke omstandigheden en met erkenning van diens eigen verantwoordelijkheid. Adequate voorlichting is hierbij een voorwaarde.

Afweging door de huisarts

Het persoonlijk inzicht van de huisarts is uiteraard bij alle richtlijnen een belangrijk aspect. Afweging van de relevante factoren in de concrete situatie kan beredeneerd afwijken van het beschreven beleid rechtvaardigen. Dat laat onverlet dat deze standaard bedoeld is om te fungeren als maat en houvast.

2.10 Delegeren van taken

NHG-Standaarden bevatten richtlijnen voor huisartsen. Dit betekent niet dat de huisarts alle genoemde taken persoonlijk moet verrichten. Sommige taken kan hij delegeren aan de praktijkassistente, -ondersteuner en/of -verpleegkundige, mits zij worden ondersteund door duidelijke werkafspraken, waarin wordt vastgelegd in welke situaties de huisarts moet worden geraadpleegd en mits de huisarts toeziet op de kwaliteit. Omdat de feitelijke keuze van de te delegeren taken sterk afhankelijk is van de lokale situatie, bevatten de standaarden daarvoor geen concrete aanbevelingen.

2.11 Belangenverstrengeling

Alle werkgroepleden hebben een KNAW Code ter voorkoming van oneigenlijke beïnvloeding door belangenverstrengeling ingevuld. De belangenverklaringen zijn beschikbaar bij deze richtlijn onder het kopje 'Gerelateerd aan deze richtlijn'.

2.12 Financiering

Het Nederlands Huisartsen Genootschap heeft de totstandkoming van deze richtlijn gefinancierd.

3 Methoden algemeen

Het proces van het ontwikkelen van de standaard heeft plaatsgevonden volgens de [Handleiding ontwikkelen van NHG-Standaarden](#).

3.1 Voorbereidingsfase

3.1.1 Knelpuntenanalyse

Voor de start van het traject zijn knelpunten geïnventariseerd door de NHG Adviesraad Standaarden (NAS), Federatie Medisch Coördinerende Centra (FMCC), Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB), Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP), Bijwerkingencentrum Lareb, Zorginstituut Nederland (ZN), Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie (NVMM), Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG), Nederlandse Vereniging voor Urologie (NVU), Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK), Vereniging van Specialisten Ouderengeneeskunde (Verenso). Er is daarnaast een enquête uitgezet onder huisartsen (via HAweb), onder (praktiserende) NHG-werknemers en oud-werkgroepleden van de (vorige) NHG-Standaard Urineweginfecties om factoren voor acceptatie en invoering van de vorige standaard te achterhalen die mogelijk een belemmerende rol spelen bij de toekomstige implementatie van de herziene standaard.

3.1.2 Opstellen van uitgangsvragen

Op basis van de knelpuntenanalyse zijn een aantal uitgangsvragen geformuleerd volgens het zogenoemde PICO-format (*patiënt, intervention, control, outcome*). Een overzicht van deze uitgangsvragen is opgenomen in **[bijlage 1]**.

3.2 Ontwikkelingsfase

3.2.1 Zoekstrategie en selectie van literatuur

Voor elke uitgangsvraag voerde een literatuurspecialist van het NHG een literatuursearch uit. Zie **[bijlage 2]** voor de zoekacties die het NHG heeft uitgevoerd. Er is in eerste instantie gezocht naar systematische reviews (SR) en (buitenlandse) richtlijnen van goede kwaliteit die konden worden gebruikt voor de beantwoording van de uitgangsvragen. Indien er voor een uitgangsvraag een geschikte SR werd gevonden, werd een update van de literatuur uitgevoerd vanaf de sluitingsdatum van de zoekactie van deze SR. Er werd door het NHG een zoekactie uitgevoerd per uitgangsvraag naar primaire onderzoeken indien er geen geschikte SR's of richtlijnen werden gevonden. De gevonden literatuur werd gescreend op basis van titel en abstract. Op basis van consensus werd de meest relevante literatuur geselecteerd en de volledige tekst van het artikel aangevraagd.

3.2.2 Beoordeling en gradering van het wetenschappelijke bewijs

Het beoordelen en graderen van het bewijs heeft plaatsgevonden met de GRADE-methode. GRADE beoordeelt de zogenoemde *body of evidence*: de verzameling van alle gevonden onderzoeken die per uitkomstmaat worden beoordeeld. De onderverdeling van de kwaliteit van het wetenschappelijk bewijs kent vier niveaus: hoog, redelijk, laag of zeer laag. Een hoge kwaliteit wil zeggen dat het geschatte en het werkelijke effect zeer dicht bij elkaar liggen. Naarmate de kwaliteit van bewijs lager is, neemt de onzekerheid daarover toe [tabel 1].

Voor de uitgangsvragen over profylactische behandeling van urineweginfecties zijn, indien mogelijk, GRADE-profielen opgesteld op basis van een bestaande SR.

Tabel 1 - Definitie kwaliteit van bewijs

Kwaliteit	Interpretatie
Hoog	Het werkelijk effect ligt dicht in de buurt van de schatting van het effect.
Redelijk	Het werkelijk effect ligt waarschijnlijk dicht bij de schatting van het effect, maar er is een mogelijkheid dat het hier substantieel van afwijkt.
Laag	Het werkelijke effect kan substantieel verschillend zijn van de schatting van het effect.
Zeer laag	Het werkelijke effect wijkt waarschijnlijk substantieel af van de schatting van het effect.

Bij het beoordelen van het verschil in effectiviteit tussen interventies is gelet op het bestaan van klinisch relevante verschillen tussen interventies. Voor het beoordelen van de klinische relevantie van een effect wordt met name gelet op absolute verschillen (indien deze data voorhanden zijn) in relatie tot de nadelen van de interventies.

De NHG-werkgroep heeft (grotendeels op basis van consensus, waar mogelijk met verwijzing naar relevante literatuur) de volgende grenzen voor klinisch relevante verschillen vastgesteld:

Vraag 6: Afname van het aantal dagen met klachten met 1-2 dagen en een toename van het risico op pyelonefritis van 2-3%.

Vraag 7: Afname van het aantal urineweginfecties per jaar met 25%. Uitgaande van patiënten met meer dan drie urineweginfecties per jaar betreft dit afname van minimaal een urineweginfectie per jaar.

3.2.3 Doelmatigheid

In deze richtlijn wordt aandacht besteed aan de doelmatigheid van de verschillende interventies. Globale kosten worden bij het formuleren van aanbevelingen, waar relevant, meegewogen. Er zijn geen systematische kosteneffectiviteits- of budgetimpactanalyses gedaan.

3.2.4 Synthese van bewijs en opstellen van aanbevelingen

De literatuur werd door MD, AS en TP in samenspraak met een van de werkgroepleden samengevat en beoordeeld; vervolgens werd een concepttekst geschreven waarop de werkgroep commentaar kon leveren. De conclusies die uit de literatuur werden getrokken vormden de basis voor het opstellen van de aanbevelingen. Dit gebeurde op basis van discussies binnen de werkgroep. De aanbevelingen zijn tot stand gekomen op basis van consensus binnen de werkgroep. Voor details die niet gebaseerd zijn op een uitgangsvraag is gekozen voor een narratieve beschrijving van de literatuur; de reden hiervoor is veelal het ontbreken van voldoende evidence in verband waarmee een systematische samenvatting van het bewijs niet efficiënt wordt geacht. Een beperkt aantal details is niet herzien.

3.3 Commentaar- en autorisatiefase

Op 20 juni 2019 vond de NAS focusgroep plaats. In augustus 2019 vond de externe commentaarronde plaats. Er werd commentaar ontvangen van de volgende verenigingen:

- Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK)
- Pharos
- Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (IVM)
- Nederlandse Vereniging voor Urologie (NVU)
- Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG)
- Diëtisten Nierziekten Nederland (DNN)
- Patiëntenfederatie Nederland
- Stichting Werkgroep Antibioticabeleid (SWAB)
- Zorgverzekeraars Nederland (ZN)
- Farmacotherapeutisch Kompas (FK)
- College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG)
- Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie (NVMM)
- Verenso
- Nederlandse Vereniging van Doktersassistenten (NVDA)
- Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP)

Naamsvermelding betekent overigens niet dat een vereniging/organisatie/referent de standaard inhoudelijk op ieder detail onderschrijft.

Op 6 november 2019 werd de standaard becommentarieerd en geautoriseerd door de NHG-Autorisatiecommissie (AC).

3.4 Procedure voor herziening

Deze standaard wordt periodiek herzien. Uiterlijk in 2025 bepaalt het NHG of deze richtlijn nog actueel is. Zo nodig wordt een nieuwe werkgroep geïnstalleerd om de standaard te herzien. De geldigheid van deze standaard komt eerder te vervallen indien nieuwe ontwikkelingen aanleiding zijn om een herzieningstraject te starten.

Bijlage 1 Uitgangsvragen

Uitgangsvraag (PICO)		Uitkomstmaten (O)*
<i>Diagnostiek</i>		
1.	Wat is de kans dat de diagnose UWI ten onrechte gesteld wordt indien alleen op herkenbaarheid van klachten en anamnese de diagnose UWI wordt gesteld (in vergelijking met kweek) bij niet-zwangere, gezonde vrouwen (zowel post- als premenopauzaal) die zich in de praktijk melden met mictieklachten?	Overbehandeling Resistentie-ontwikkeling Bijwerkingen van behandeling Tevredenheid van patiënten Klachtreductie Gemiste alternatieve diagnoses
2.	Wat is de toegevoegde waarde van urinestick (leucocyten, erythrocyten en nitriet, alleen of in combinatie) op anamnese bij de diagnostiek van een UWI bij patiënten met een vermoeden van een UWI (in vergelijking met kweek)?	Klachten (mictieklachten) Hoogrisicodiagnoses met complicaties Bijwerkingen van behandeling Kosten
3.	Wat is de toegevoegde waarde van dipslide op anamnese en urinestick bij de diagnostiek van een UWI bij patiënten met een vermoeden van een UWI (in vergelijking met kweek)?	Klachten (mictieklachten) Hoogrisicodiagnoses met complicaties Bijwerkingen van behandeling Kosten
4.	Wat is de toegevoegde waarde van sediment op anamnese en urinestick bij de diagnostiek van een UWI bij patiënten met een vermoeden van een UWI (in vergelijking met kweek)?	Klachten (mictieklachten) Hoogrisicodiagnoses met complicaties Bijwerkingen van behandeling Kosten
5.	Wat is de toegevoegde waarde van CRP op bij patiënten met een vermoeden van een UWI met tekenen van weefselinvasie?	Complicaties Vertraging in stellen van de juiste diagnose Morbiditeit en mortaliteit Bijwerkingen van behandeling Kosten
<i>Beleid</i>		
6.	Wat is de acceptatie, het beloop en de recidiefkans bij een afwachtend beleid bij niet-zwangere, gezonde vrouwen met een UWI?	Acceptatie Beloop a.d.h.v. afwezigheid symptomen Bijwerkingen/complicaties Antibioticagebruik UWI-recidieven
7.	Welke soorten profylaxe kunnen worden geadviseerd (en voor hoelang) voor vrouwen met recidiverende UWI's (onderscheid pre- en postmenopauzaal)? NB Het gaat hier om cranberry, antibiotica (trimethoprim, nitrofurantoïne en fosfomycine; continu en postcoïtum), D-mannose, methenamine, oestrogenen, probiotica, intravesicale toediening van hyaluronzuur en chondroitinesulfaat).	UWI-recidieven Bijwerkingen Gebruiksgemak Resistentie Tevredenheid/voorkeur Complicaties
8.	Op welk moment kan bij patiënten met een katheter en een UWI de katheter het beste gewisseld worden?	Klachten UWI-recidieven Complicaties Gebruiksgemak Tevredenheid/voorkeur

Uitgangsvraag (PICO)	Uitkomstmaten (O)*
9. Wat is het effect van nitrofurantoïne bij een cystitis bij een man?	Klachten Bijwerkingen UWI-recidieven Complicaties Resistentie Gebruiksgemak Tevredenheid/voorkeur

Bijlage 2 Zoekstrategieën

In alle gevallen werd gezocht op artikelen met abstract, in het Engels, Nederlands en Duits, en vanaf 2012. Relevante artikelen die verschenen na de specifieke searches zijn in voorkomende gevallen uiteraard ook meegenomen. Nieuwe artikelen werden getraceerd door de searches te herhalen voorafgaand aan het interne overleg over de conceptstandaard. Het selectie- en beoordelingsproces bij de nieuw gevonden artikelen was hetzelfde als bij de initieel gevonden artikelen.

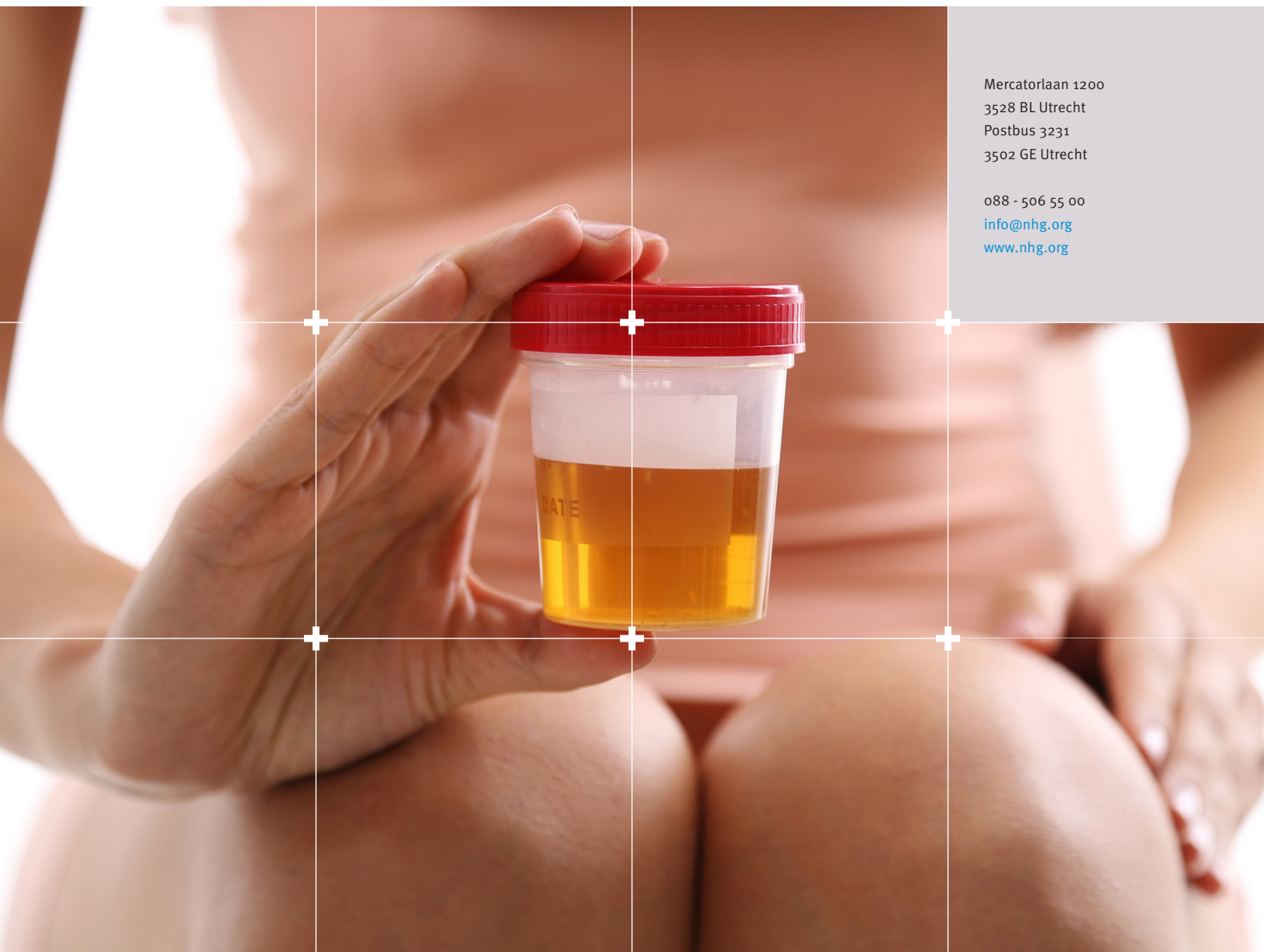
Uitgangsvraag 1	Herkenbaarheid van klachten
Zoekdatum	Oktober 2017
Database	PUBMED
Zoektermen	(urinary tract infections/diagnosis[mh] OR urinary tract infection*[tiab]) AND culture[tiab] AND predictive value[tiab] > 68 hits
Uitgangsvraag 2/3	Urinstick/dipslide
Zoekdatum	Februari 2018
Database	PUBMED
Zoektermen	((urinary tract infections/diagnosis[mh] OR urinary tract infection*[tiab]) AND (reagent strips[mh] OR dipstick[tiab] OR dipslide[tiab]) AND (predictive[tiab] OR value[tiab] OR history[tiab] OR accurate[tiab] OR accuracy[tiab] > 94 hits
Uitgangsvraag 4	Sediment
Zoekdatum	Januari 2018
Database	PUBMED
Zoektermen	(urinary tract infections/diagnosis[mh] OR urinary tract infection*[tiab]) AND urinary sediment[tiab] AND (predictive[tiab] OR value[tiab]) > 5 hits
Uitgangsvraag 5	CRP
Zoekdatum	April 2018
Database	PUBMED
Zoektermen	(urinary tract infections/diagnosis[mh] OR urinary tract infection*[tiab]) AND (C-reactive protein[mh] OR C-reactive protein[tiab] OR CRP*[tiab]) AND (predictive value[tiab] OR predictive factor*[tiab] OR predictive value of tests[mh] OR sensitivity and specificity[mh] OR sensitivity[tiab] OR diagnostic evaluation[tiab] OR diagnostic accuracy[tiab] OR diagnostic role[tiab] OR diagnostics[tiab] OR likelihood ratio[tiab] OR odds ratio[tiab]) > 77 hits
Uitgangsvraag 6	Afwachtend beleid
Zoekdatum	Januari 2018
Database	PUBMED
Zoektermen	(urinary tract infections[mh] OR urinary tract infection*[tiab]) AND (time-to-treatment[mh] OR delayed treatment[tiab] OR delayed management[tiab] OR symptomatic treatment[tiab] OR symptomatic management[tiab] OR expectant treatment[tiab] OR expectant management[tiab] OR natural course[tiab] OR delayed use[tiab] OR symptomatic use[tiab]) > 51 hits
Uitgangsvraag 7	Profylaxe
Zoekdatum	April 2018

Database	PUBMED
Zoektermen	((urinary tract infection*[tiab] OR UTI*[tiab] OR cystitis[tiab]) AND (recurrent[tiab] OR recurring[tiab])) AND (effect[tiab] OR effects[tiab] OR effective*[tiab] OR efficacy[tiab]) AND (women[tiab] OR female[tiab]) AND (cranberry*[tiab] OR nitrofurantoin[tiab] OR trimethoprim[tiab] OR fosfomycin[tiab] OR D-mannose[tiab] OR methenamine[tiab] OR estrogen*[tiab] OR probiotic*[tiab]) NOT (pregnant[tiab] OR pregnancy[tiab] OR surgery[all fields] OR hospital[tiab] OR tertiary care[tiab] OR child[tiab] OR children[tiab]) > 53 hits
Uitgangsvraag 8	Katheter wisselen
Zoekdatum	November 2018
Database	PUBMED
Zoektermen	(Urinary Tract Infections/drug therapy[mh] OR urinary tract infection*[tiab] OR UTI*[tiab]) AND (Urinary Catheters[mh] OR indwelling catheter*[tiab] OR urinary catheter*[tiab] OR urethral catheter*[tiab] OR catheter-associated[tiab] OR catheter-related[tiab]) AND (changing[tiab] OR replacement[tiab] OR replacing[tiab]) AND (antimicrobial[tiab] OR treatment[tiab] OR antibiotic[tiab] OR antibiotics[tiab]) > 56 hits
Uitgangsvraag 9	Nitrofurantoïne bij mannen
Zoekdatum	April 2018
Database	PUBMED
Zoektermen	(urinary tract infections/drug therapy[mh] OR urinary tract infection*[tiab] OR UTI*[tiab] OR cystitis[tiab]) AND nitrofurantoin[tiab] AND (effect[tiab] OR effective*[tiab] OR efficacy[tiab] OR versus[tiab]) NOT (women[ti] OR child[ti] OR children[ti] OR pregnancy[ti] OR tertiary care[ti] OR hospital[ti] OR infant*[ti] OR pediatric[tiab] OR paediatric[ti] OR vitro[ti]) > 97 hits



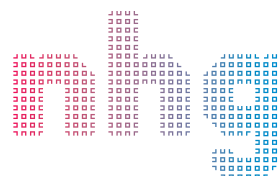
Totstandkoming en methoden

Urineweginfecties (Mo5)



Mercatorlaan 1200
3528 BL Utrecht
Postbus 3231
3502 GE Utrecht

088 - 506 55 00
info@nhg.org
www.nhg.org



Nederlands
Huisartsen
Genootschap