

## AANVRAAGFORMULIER PRENATAAL GENETISCH ONDERZOEK

IDENTIFICATIE MOEDER	IDENTIFICATIE AANVRAGER
Naam en voornaam: ..... Geboortedatum: ..... Naam partner: ..... Adres: ..... Naam ziekteverzekering: ..... Lidnummer: ..... KG1/KG2: ...../..... <b>Indien patiënt gehospitaliseerd:</b> Erkeningsnummer ziekenhuis : ..... Hospitalisatiedienst : ..... Hospitalisatiedatum : .....	Naam en voornaam: ..... RIZIV-nummer: ..... Adres / afdeling / telefoon / fax: ..... ..... ..... <b>Handtekening</b> Kopie resultaat naar: ..... ..... (adres)
<b>DATUM AFNAME FOETAAL STAAL:</b> ...../...../....., <b>uur:</b> ..... <b>AFNAME DOOR:</b> .....	
TYPE FOETAAL STAAL	
<input type="checkbox"/> vruchtwater; transplacentair: ja / nee      volume: ..... ml      uitzicht: ..... <input type="checkbox"/> chorionvilli (CVS)      hoeveelheid: ..... mg      uitzicht: ..... <input type="checkbox"/> andere:.....	
<p><i><b>Dit formulier is enkel geldig voor het genetisch onderzoek op een foetaal staal.                      Voor genetisch onderzoek bij de ouders dient een "Aanvraagformulier postnataal genetisch onderzoek" ingevuld te worden.</b></i></p>	
Gelieve het foetaal staal zo snel mogelijk (binnen 24u na afname) aan het laboratorium te bezorgen, dit <u>vóór 17u</u> (op vrijdag <u>vóór 14u</u> ). Hou op kamertemperatuur. Vermeld op het staal duidelijk "Foetus van naam moeder". Verstuur naar: UZ Gent, Medisch onderzoeksgebouw-Stalen Medische Genetica, De Pintelaan 185, 9000 Gent. Meer informatie over afname, bewaren en transport van humane stalen en over de specifieke testen: <a href="http://medgen.ugent.be">http://medgen.ugent.be</a>	
INFORMATIE ZWANGERSCHAP	
OBSTETRISCHE ANAMNESE:                      G            P            AS            AAP            EUG            IUVD            M ZWANGERSCHAPSDUUR: ..... weken    LM: ...../...../.....    VERWACHTE VERLOSSINGSDATUM: ...../...../.....	
INDICATIE / KLINISCHE INFORMATIE	
<p>Het verstrekken van de relevante klinische informatie is verplicht (Artikel 33, K.B. 10.11.2012 - in werking 1.1.2013, betreffende de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen: elke aanvraag wordt gevalideerd door een erkend klinisch geneticus)</p>	
<input type="checkbox"/> leeftijd moeder: ..... <input type="checkbox"/> afwijkende 1ste trimester screening: 1/ ..... <input type="checkbox"/> afwijkende 2de trimester screening: 1/ ..... <input type="checkbox"/> foetale malformatie (echografisch): ..... <input type="checkbox"/> infectie tijdens zwangerschap: ..... <input type="checkbox"/> chromosoomafwijking bij vorig kind: ..... <input type="checkbox"/> chromosoomafwijking bij vader / moeder: ..... <input type="checkbox"/> DNA-onderzoek: ..... (familiale mutatie)    Indexpatiënt van de familie: ..... <input type="checkbox"/> stofwisselingsziekte: .....	