

Aanvraagformulier

Huidbiopsie voor genetisch onderzoek via dienst dermatologie

CENTRUM MEDISCHE GENETICA UZ GENT

T +32 9 332 24 77

F +32 9 332 65 49

Buizenpost: 2477

IDENTIFICATIE PATIËNT (afzonderlijk formulier per patiënt vereist)

Naam en voornaam _____
 Geboortedatum _____
 Rijksregisternummer _____
 Geslacht M / V Etnische afkomst _____
 Adres _____

Naam ziekteverzekering _____
 Lidnummer _____ KG1/KG2 _____ / _____

Indien patiënt gehospitaliseerd

Erkenningsnummer ziekenhuis _____
 Hospitalisatiedienst _____
 Hospitalisatiedatum _____

IDENTIFICATIE AANVRAGER

Naam en voornaam _____
 RIZIV-nummer _____
 Adres / afdeling / telefoon / fax _____

Handtekening

Kopie resultaat naar: (naam, adres)

AANVRAAGDATUM ____ / ____ / ____

AFNAME DOOR _____

DATUM AFNAME ____ / ____ / ____, uur _____

- PLAATS BIOPSIE:** Niet-specifiek (binnenzijde bovenarm) Andere: (plaats)
 Letsel: (plaats)
- MEDIUM:** Formol (lichtmicroscopie) Glutaraldehyde 4% (TEM, 3mm biopt)
 DMEM (fibroblastcultuur, 5mm biopt) Formaldehyde 4% Glutaraldehyde 1%
 Medium voor melanocytencultuur (geen adrenaline!) Cacodylate buffer 0.1%(TEM, 3mm biopt)
 Andere:.....
- VERSTUREN NAAR:** Centrum voor Medische Genetica – ingang 34, MRB (buizenpost 2477)
 Dienst Pathologische Anatomie – ingang 23 (buizenpost 3688)

DOELEINDE

- Diagnostiek:** dien een afzonderlijke aanvraag in voor de genetische test (plaats bij voorkeur een order via het EPD)
- Wetenschappelijke doeleinden:**
 informed consent getekend: JA / NEE - nummer toestemming Commissie voor Medische Ethiek (EC):

KLINISCHE INFORMATIE VERPLICHT

(Artikel 33, K.B. 10.11.2012 - in werking 1.1.2013, betreffende de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen: de klinische vraagstelling moet behoorlijk ingevuld zijn)

INDICATIE/VRAAGSTELLING

- Lichtmicroscopisch onderzoek
- Elektronenmicroscopisch onderzoek
- Aanleg fibroblastcultuur
- Andere: