

Aanvraagformulier

Invasief prenataal genetisch onderzoek

CENTRUM MEDISCHE GENETICA UZ GENT

T +32 9 332 24 77

F +32 9 332 65 49

Buizenpost: 2477

Gelieve het foetaal staal uiterlijk 24u na de afname aan het laboratorium te bezorgen, dit vóór 17u (op vrijdag vóór 14u).

Houd het staal op kamertemperatuur. Vermeld op het staal duidelijk "Foetus van naam moeder".

Verstuur naar: UZ Gent, Medisch Onderzoeksgebouw – Stalen Medische Genetica, Ingang 34, C. Heymanslaan 10, 9000 Gent.

Meer informatie: www.uzgent.be/nl/zorgaanbod/mdspecialismen/CMGG.

Dit formulier is enkel geldig voor genetisch onderzoek op foetale stalen. Indien een staal van een (de) **ouder(s)** voor genetisch onderzoek afgenomen wordt, dient een "Aanvraagformulier postnataal genetisch onderzoek" (code H9.2-F1) ingevuld te worden.

IDENTIFICATIE MOEDER

Naam en voornaam _____

Geboortedatum _____

Adres _____

Rijksregisternummer _____

Naam ziekteverzekering _____

Lidnummer _____ CG1/CG2 _____ / _____

Indien patiënt gehospitaliseerd

Erkenningsnummer ziekenhuis _____

Hospitalisatiedienst _____

Hospitalisatiedatum _____

IDENTIFICATIE AANVRAGER

Naam en voornaam _____

RIZIV-nummer _____

Adres / afdeling / telefoon / fax / e-mailadres _____

Handtekening _____

Kopie resultaat naar: (naam arts + adres) _____

FOETAAL STAAL

DATUM AFNAME FOETAAL STAAL : _____ / _____ / _____ AFNAME door: _____

 vruchtwater: _____ volume: _____ ml uitzicht: _____

 chorionvilli (CVS): _____ hoeveelheid: _____ mg uitzicht: _____

 andere: _____

INFORMATIE ZWANGERSCHAP

Obstetrische anamnese: G P AS AAP EUG IUVD M Geslacht foetus(en): _____

Aantal foetussen Eenling Meerling: aantal foetussen: _____ Chorioniciteit : DC/DA MC/DA MC/MA

Zwangerschapsduur _____ weken LM: _____ / _____ / _____ Verwachte verlossingsdatum _____ / _____ / _____

INDICATIE / KLINISCHE INFORMATIE

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)

 chromosomenonderzoek na detectie trisomie 21 – trisomie 13 – trisomie 18 of andere afwijking met NIPT: _____

 foetale malformatie(s): _____

 infectie tijdens zwangerschap: _____

 chromosoomafwijking bij vorig kind: _____

 chromosoomafwijking bij vader / moeder: _____

 gericht DNA-onderzoek voor pathogene variant(en): _____ in het gen: _____

aangetroffen bij vader, moeder, andere verwante(n): _____

overlegd met (arts CMG Gent): _____



Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be