|  |  |
| --- | --- |
| AanvraagformulierInvasief 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 binnen 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.cmgg.be**](http://www.cmgg.be) **/** [**www.uzgent.be/nl/zorgaanbod/mdspecialismen/CMGG**](https://www.uzgent.be/nl/zorgaanbod/mdspecialismen/CMGG)**.** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| IDENTIFICATIE MOEDER |  | IDENTIFICATIE AANVRAGER |
| **Naam en voornaam**: Klik en vul aan.  **Geboortedatum**: Kies een datum.  **Geslacht**: Man Vrouw  **Adres**: Klik en vul aan.  **Rijksregisternummer**: Klik en vul aan.  **Ziekteverzekering**: Klik en vul aan.  **Lidnummer**: Klik en vul aan.  **CG1/CG2**: Vul aan./ Vul aan.  Indien patiënt gehospitaliseerd  **Erkenningsnummer ziekenhuis**: Klik en vul aan.  **Hospitalisatiedienst**: Klik en vul aan.  **Hospitalisatiedatum**: Kies een datum. |  | **Naam en voornaam**: Klik en vul aan.  **RIZIV-nummer**: Klik en vul aan.  **Adres / afdeling / telefoon / fax**: Klik en vul aan.  **Handtekening**:  **Kopie resultaat naar**: (Adres) |

|  |
| --- |
| FOETAAL STAAL |
| **DATUM AFNAME** **FOETAAL STAAL**: Kies een datum. **AFNAME door**: Vul aan.  ☐ **vruchtwater**: volume: Vul aan. ml uitzicht: Vul aan.  ☐ **chorionvilli (CVS)**: hoeveelheid: Vul aan. mg uitzicht: Vul aan.  ☐ **andere**: Vul aan. |
| *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.* |

|  |
| --- |
| INFORMATIE ZWANGERSCHAP |
| **Obstetrische anamnese**:  G   P   AS   AAP   EUG   IUVD   M  **Zwangerschapsduur** Vul aan. weken  LM: Kies een datum. **Verwachte verlossingsdatum**: Kies een datum. |

|  |  |
| --- | --- |
| 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) |
| **verhoogd risico op Kies een item. na NIPT**  ☐ **foetale malformatie**: Vul aan.  ☐ **infectie tijdens zwangerschap**: Vul aan.  ☐ **chromosoomafwijking bij vorig kind**: Vul aan.  ☐ **chromosoomafwijking bij Kies een item.**: Vul aan.  ☐ **gericht DNA-onderzoek voor mutatie**: Vul aan.  **overlegd met** Vul aan. (arts CMG Gent)  Indexpatiënt van de familie: Vul aan.  ☐ **stofwisselingsziekte**: Vul aan. | | |