|  |
| --- |
| 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 zo snel mogelijk (binnen 24u na 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 over afname, bewaren en transport van humane stalen en over de specifieke testen:** [**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 |  |  | Naam en voornaam |  |
| Geboortedatum |  |  | RIZIV-nummer |  |
| Geslacht | M / V |  | Adres / afdeling / telefoon / fax |  |
| Adres |  |  |  |
|  |  |  |
| Rijksregisternummer |  |  | Handtekening |  |
| Naam ziekteverzekering |  |  |   |  |
| Lidnummer |  | CG1/CG2 |  | / |  |  |  |  |
| Indien patiënt gehospitaliseerd |  |  |  |
| Erkenningsnummer ziekenhuis |  |  | Kopie resultaat naar: | (adres) |
| Hospitalisatiedienst |  |  |  |
| Hospitalisatiedatum |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DATUM AFNAME FOETAAL STAAL : |  | / |  | / |  | , uur | AFNAME door: |  |

|  |
| --- |
| TYPE FOETAAL STAAL |
| [ ]  vruchtwater; transplacentair:  | ja / nee | volume: |  |  ml | uitzicht: |  |
| [ ]  chorionvilli (CVS):  |  | hoeveelheid: |  |  mg | uitzicht: |  |
| [ ]  andere:  |  |
|  |
| *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 |  |  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) |
| [ ]  leeftijd moeder: |  | [ ]  afwijkende 1ste trimester screening: 1/ |  | [ ]  afwijkende 2de trimester screening: 1/ |  |
| [ ]  foetale malformatie (echografisch): |  |
| [ ]  infectie tijdens zwangerschap: |  |
| [ ]  chromosoomafwijking bij vorig kind:  |  |
| [ ]  chromosoomafwijking bij vader / moeder:  |  |
| [ ]  DNA-onderzoek:  |  |  (familiale mutatie) | Indexpatiënt van de familie: |  |
| [ ]  stofwisselingsziekte: |  |
|  |