

IDENTIFICATIE MOEDER	IDENTIFICATIE AANVRAGER						
Naam en voornaam: Geboortedatum: Naam partner: Adres: Rijksregisternummer: Naam ziekteverzekering: Lidnummer: KG1/KG2:/..... Indien patiënt gehospitaliseerd: Erkeningsnummer ziekenhuis : Hospitalisatiedienst : Hospitalisatiedatum :	Naam en voornaam: RIZIV-nummer: Adres / afdeling / telefoon / fax: Handtekening Kopie resultaat naar: (adres)						
BLOEDAFNAME (10ml in Streck® tube)							
DATUM AFNAME: / / uur:							
Gelieve het 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 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: http://www.cmgg.be							
VOORGESCHIEDENIS							
OBSTETRISCHE ANAMNESE: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width: 33%;">Gravida:</td> <td style="width: 33%;">Para:</td> <td style="width: 33%;">Spontane abortussen:</td> </tr> <tr> <td>Molaire zwangerschappen:</td> <td>Extrauteriene zwangerschappen:</td> <td>Afgebroken zwangerschappen:</td> </tr> </table>		Gravida:	Para:	Spontane abortussen:	Molaire zwangerschappen:	Extrauteriene zwangerschappen:	Afgebroken zwangerschappen:
Gravida:	Para:	Spontane abortussen:					
Molaire zwangerschappen:	Extrauteriene zwangerschappen:	Afgebroken zwangerschappen:					
EERDERE ZWANGERSCHAPPEN MET CHROMOSOMALE AFWIJINGEN: <input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> ja - naam van afwijking: FAMILIAAL VOORKOMEN VAN EEN GENETISCHE AANDOENING: <input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> ja - naam van aandoening: IS DE ZWANGERE VROUW DRAGER VAN EEN GENETISCHE AFWIJING: <input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> ja - naam van afwijking:							
INFORMATIE ZWANGERSCHAP							
IN VITRO FERTILISATIE: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen LAATSTE MENSTRUATIE: / / VERWACHTE VERLOSSINGSDATUM: / / DATUM VAN ECHOGRAFIE: / / ECHOGRAFISCHE ZWANGERSCHAPSDUUR: weken AANTAL FOETUSSEN: EENLING: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> neen MEERLING: aantal foetussen: chorioniciteit: <input type="checkbox"/> DC/DA <input type="checkbox"/> MC/DA <input type="checkbox"/> MC/MA (DC/DA: dichoriaal/ diamniotisch; MC/DA: monochoriaal/ diamniotisch; MC/MA: monochoriaal/ monoamniotisch)							
INDICATIE / KLINISCHE INFORMATIE							
MATERNELE LEEFTIJD: jaar MATERNEEL GEWICHT: kg LENGTE: cm VOORAFGAANDE SCREENING: <input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> ja RESULTAAT: risico T21: 1 / T18: 1 / T13: 1 /							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> ECHOGRAFIE 1^{ste} TRIMESTER</td> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> COMBINATIETEST (biochemie + NT) 1^{ste} TRIMESTER</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> BIOCHEMIE 1^{ste} TRIMESTER</td> <td><input type="checkbox"/> TRIPLE TEST 2^{de} TRIMESTER</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> GEÏNTEGREERDE TEST (1^{ste} + 2^{de} trimester)</td> <td><input type="checkbox"/> ANDERE - SPECIFIEER:</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> ECHOGRAFIE 1 ^{ste} TRIMESTER	<input type="checkbox"/> COMBINATIETEST (biochemie + NT) 1 ^{ste} TRIMESTER	<input type="checkbox"/> BIOCHEMIE 1 ^{ste} TRIMESTER	<input type="checkbox"/> TRIPLE TEST 2 ^{de} TRIMESTER	<input type="checkbox"/> GEÏNTEGREERDE TEST (1 ^{ste} + 2 ^{de} trimester)	<input type="checkbox"/> ANDERE - SPECIFIEER:
<input type="checkbox"/> ECHOGRAFIE 1 ^{ste} TRIMESTER	<input type="checkbox"/> COMBINATIETEST (biochemie + NT) 1 ^{ste} TRIMESTER						
<input type="checkbox"/> BIOCHEMIE 1 ^{ste} TRIMESTER	<input type="checkbox"/> TRIPLE TEST 2 ^{de} TRIMESTER						
<input type="checkbox"/> GEÏNTEGREERDE TEST (1 ^{ste} + 2 ^{de} trimester)	<input type="checkbox"/> ANDERE - SPECIFIEER:						
GESLACHT KIND RAPPORTEREN: ja / neen							

Toestemmingsformulier NIPT (Niet Invasieve Prenatale Test)

patiëntgegevens: vul in of kleef adrema

voornaam en naam:

geboortedatum: / /

adres:

of mutualiteitsgegevens (Klevertje):

Ik verklaar hierbij dat ik op een duidelijke wijze werd ingelicht door
in verband met de niet invasieve prenatale test (NIPT).

- Ik begrijp dat de NIPT een niet invasieve test is die wordt uitgevoerd op een bloedstaal van de moeder, dit vanaf een zwangerschapsduur van 11 weken.
- Ik begrijp dat deze test voornamelijk bedoeld is voor het opsporen van trisomie 21 of het Down syndroom. Soms worden ook andere chromosomale afwijkingen, met name trisomie 13 of 18, opgespoord.
- Ik begrijp dat voor het opsporen van alle andere genetische aandoeningen andere testen meer geschikt zijn.
- Ik begrijp dat deze test zeer nauwkeurig is, maar niet 100 %. In geval een normaal resultaat is de kans dat mijn kindje toch trisomie 21 heeft bijzonder klein, maar niet volledig uitgesloten.
- Ik begrijp dat de resultaten van deze test niet kunnen gebruikt worden voor het stellen van een definitieve diagnose. Een afwijkend resultaat moet steeds bevestigd worden door middel van een invasief diagnostisch onderzoek zoals een vruchtwaterpunctie.
- Ik begrijp dat de uitslag binnen de 3 weken na afname van het bloedstaal beschikbaar zal zijn.

- Ik begrijp dat er in ongeveer 5% van de gevallen geen resultaat kan verkregen worden na de eerste bloedafname. Wanneer dit gebeurt, zal opnieuw bloed worden afgenomen zonder dat hier extra kosten aan verbonden zijn.
- Ik begrijp dat deze test, met grote waarschijnlijkheid, het geslacht van de foetus kan bepalen. Ik heb de gelegenheid gekregen te melden of ik deze informatie al dan niet wens te vernemen. Ik begrijp evenzeer dat deze test niet geschikt is voor het opsporen van afwijkingen van de geslachtschromosomen.
- Ik begrijp dat bij ernstige obesitas (BMI >35) de NIP-Test veel minder betrouwbaar wordt (omdat de hoeveelheid DNA van mijn baby in mijn bloed sterk afneemt ten opzichte van mijn eigen DNA-hoeveelheid).

Ik ben voldoende geïnformeerd over de mogelijkheden en beperkingen van het voorgesteld genetisch onderzoek en heb op al mijn vragen een duidelijk antwoord gekregen. Ik ga er mee akkoord dat de NIP- Test wordt uitgevoerd voor het prenataal opsporen van trisomie 21 of het Down syndroom.

Ik werd geïnformeerd dat voor de NIPT geen terugbetaling is voorzien door het RIZIV en ben aldus bereid de volledige kost van 390,00 euro voor deze test zelf te betalen via een factuur van het Universitair Ziekenhuis Gent.

Naam ouder:

Datum: / /

Handtekening ouder:

Ondergetekende heeft de informatie over de NIPT in een persoonlijk gesprek en in begrijpbare taal aan ouder uitgelegd.

Naam zorgverlener:

Datum: / /

Handtekening zorgverlener:

In opdracht van verantwoordelijke arts: