

AANVRAAGFORMULIER NIET-INVASIEF PRENATAAL GENETISCH ONDERZOEK (NIPT)

IDENTIFICATIE MOEDER	IDENTIFICATIE AANVRAGER
Naam en voornaam: Geboortedatum: Naam partner: Adres: Rijksregisternummer: Naam ziekteverzekering: Lidnummer: KG1/KG2:/..... Indien patiënt gehospitaliseerd: Erkenningsnummer 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 vóór 17u (op vrijdag vóór 14u).
 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:

Gravida:	Para:	Spontane abortussen:
Molaire zwangerschappen:	Extrauteriene zwangerschappen:	Afgebroken zwangerschappen:

EERDERE ZWANGERSCHAPPEN MET CHROMOSOMALE AFWIJINGEN: neen ja - naam van afwijking:

FAMILIAAL VOORKOMEN VAN EEN GENETISCHE AANDOENING: neen ja - naam van aandoening:

IS DE ZWANGERE VROUW DRAGER VAN EEN GENETISCHE AFWIJING: neen ja - naam van afwijking:

INFORMATIE ZWANGERSCHAP

IN VITRO FERTILISATIE: ja neen

LAATSTE MENSTRUATIE: / / VERWACHTE VERLOSSINGSDATUM: / /

DATUM VAN ECHOGRAFIE: / / ECHOGRAFISCHE ZWANGERSCHAPSDUUR: weken

AANTAL FOETUSSEN: EENLING: Ja neen

MEERLING: aantal foetussen: chorioniciteit: DC/DA MC/DA 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: neen ja RESULTAAT: risico T21: 1 / T18: 1 / T13: 1 /

<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