|  |  |
| --- | --- |
| 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 | | |  | | | | | | | | | |  | | 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 | | | | | |  | | | | | |  | | |  | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| FOETAAL STAAL | | | | | | | | | | | |
| DATUM AFNAME FOETAAL STAAL : | | |  | / |  | / |  |  | AFNAME door: | |  |
| vruchtwater: | |  | | 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) | | | |
| verhoogd risico op trisomie 21 – trisomie 13 – trisomie 18 na NIPT | | | | | | | | |  | | |
| foetale malformatie: | | |  | | | | | | | | |
| infectie tijdens zwangerschap: | | | |  | | | | | | | |
| chromosoomafwijking bij vorig kind: | | | |  | | | | | | | |
| chromosoomafwijking bij vader / moeder: | | | | |  | | | | | | |
| gericht DNA-onderzoek voor mutatie: | | | | |  | | | | | | |
| overlegd met |  | | | | | (arts CMG Gent) | | Indexpatiënt van de familie: | |  | |
| stofwisselingsziekte: | |  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |