

Aanvraagformulier

Prenatale niet-invasieve foetale Resus D (RhD) bepaling

CENTRUM MEDISCHE GENETICA UZ GENT

T +32 9 332 24 77

F +32 9 332 65 49

Buizenpost: 2477

Gelieve de stalen zo snel mogelijk (binnen 24u na afname) aan het laboratorium te bezorgen, dit **vóór 17u** (op vrijdag **vóór 14u**). Houd de stalen op kamertemperatuur. 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 / www.uzgent.be/nl/zorgaanbod/mdspecialismen/CMGG.

IDENTIFICATIE MOEDER

Naam _____
 Voornaam _____
 Geboortedatum _____
 Adres _____

 Rijksregisternummer _____

IDENTIFICATIE AANVRAGER

Naam en voornaam _____
 RIZIV-nummer _____
 Adres / afdeling / telefoon _____

 Kopie resultaat naar : _____
 Handtekening _____

DOEL VAN DE PRENATALE NIET-INVASIEVE FOETALE RESUS D BEPALING

Met deze test wordt het foetaal celvrij DNA (cfDNA), aanwezig in maternaal bloed, geanalyseerd om de Resus-D-status van de foetus te bepalen. **De RhD-test wordt bij voorkeur gelijktijdig uitgevoerd met de Niet-Invasieve Prenatale Test (NIPT), zeker in geval van een (initiële) tweelingzwangerschap.** Beide testen kunnen uitgevoerd worden op dezelfde bloedbuis. Gelieve **beide aanvraagformulieren** toe te voegen aan de bloedbuisen. Meer informatie beschikbaar op www.uzgent.be/resustest.

BLOEDAFNAME: 10 ML PAXGENE BLOOD CCFDNA TUBE (indien niet beschikbaar: EDTA bloedbuis)

Datum bloedafname: ____ / ____ / ____

Datum echografie: ____ / ____ / ____

Echografische zwangerschapsduur: _____ w _____ d

BIJKOMENDE INFORMATIE

Eenling Vanishing twin Tweeling - chorioniciteit: monochoriaal / dichoriaal (schrapp wat niet past)

Werd de NIPT reeds eerder uitgevoerd? JA → Resultaat: _____ Foetale fractie (indien gekend): ____ %
 NEE → indien NIPT gewenst, NIPT aanvraagformulier ook toevoegen aub

Reeds anti-D immunoglobulines aanwezig bij de patiënt?

- JA → RIZIV terugbetaling (587053-587064)
 NEE → 55 euro ten laste van de patiënt (buiten RIZIV-indicatie)

Opmerking: _____

VERPLICHTE HANDTEKENING PATIËNT VOOR AKKOORD UITVOERING RhD-TEST



Universitair Ziekenhuis Gent
 C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be