

Klinische checklist

'Stroke genpanel'

CENTRUM MEDISCHE GENETICA UZ GENT

Elke aanvraag voor het stroke genpanel dient vergezeld te zijn van een volledig ingevulde checklist. Aanvragen met onvolledige of ontbrekende checklist worden niet aanvaard.

NAAM PATIËNT: Klik en vul aan.

GEBOORTEDATUM: Kies een datum.

1. Stroke type

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ischemisch | <input type="checkbox"/> Hemorrhagisch |
| <input type="checkbox"/> Large artery – atherosclerose | <input type="checkbox"/> Large artery – aneurysma |
| <input type="checkbox"/> Large artery – dissectie | <input type="checkbox"/> Andere: Klik en vul aan. |
| <input type="checkbox"/> ACI* <input type="checkbox"/> ACE* <input type="checkbox"/> AV* <input type="checkbox"/> Andere: Klik en vul aan. | |
| <input type="checkbox"/> Bilateraal | |
| <input type="checkbox"/> Small vessel disease | |
| <input type="checkbox"/> Cardio-emboligeen | |
| <input type="checkbox"/> Andere: Klik en vul aan. | |

2. Cerebrovasculaire risicofactoren (duidt aan welke van toepassing zijn)

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Geen risicofactoren | <input type="checkbox"/> Hypercholesterolemie | <input type="checkbox"/> Hypertriglyceridemie |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Obesitas | <input type="checkbox"/> Tabagisme |
| <input type="checkbox"/> Hypertensie | <input type="checkbox"/> Druggebruik | <input type="checkbox"/> Andere: Klik en vul aan. |
| <input type="checkbox"/> Ethyl | | |

3. Persoonlijke antecedenten

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cardiovasculaire pathologie: | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> neen |
| <input type="checkbox"/> coronair lijden: | (leeftijd: Klik en vul aan. j.) |
| <input type="checkbox"/> perifere vaatlijden: | (leeftijd: Klik en vul aan. j.) |
| <input type="checkbox"/> Eerdere cerebrovasculaire pathologie: | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> neen |
| <input type="checkbox"/> stroke: | (leeftijd: Klik en vul aan. j.) |
| <input type="checkbox"/> TIA: | (leeftijd: Klik en vul aan. j.) |
| <input type="checkbox"/> afwijkingen NMR hersenen: | <input type="checkbox"/> oude ischemie <input type="checkbox"/> witte stofletsels <input type="checkbox"/> calcificaties |
| | <input type="checkbox"/> andere: Klik en vul aan. <input type="checkbox"/> locatie: Klik en vul aan. |

* ACI: arteria carotis interna, ACE: arteria carotis externa, AV: arteria vertebralis

- Infantiele hemiparese / epilepsie: ja neen
 specificeer: Klik en vul aan.
- Nieraandoeningen: ja neen niet onderzocht
 nierfunctiebeperking (leeftijd: Klik en vul aan. j.)
 cystische nieren (leeftijd: Klik en vul aan. j.)
 verdikte basale membraan (leeftijd: Klik en vul aan. j.)
 hematurie, proteïnurie, microalbuminurie (leeftijd: Klik en vul aan. j.)
 andere: Klik en vul aan.
- Huidafwijkingen: ja neen niet onderzocht
 specificeer: Klik en vul aan.
- Oogafwijkingen: ja neen niet onderzocht
 tortuositeit retinale bloedvaten (leeftijd: Klik en vul aan. j.)
 retinale bloeding (leeftijd: Klik en vul aan. j.)
 retinopathie (leeftijd: Klik en vul aan. j.)
 andere: Klik en vul aan.

4. Familiale anamnese (cardiovasculaire en cerebrovasculaire pathologie, nierpathologie, oogaandoeningen, huidaandoeningen)

ja neen

Gelieve te vermelden welke familieleden door welke ziekte getroffen zijn:
Klik en vul aan.