



Per patiënt dient een afzonderlijk aanvraagformulier volledig ingevuld te worden in DRUKLETTERS
Een genetische test wordt enkel gestart na ontvangst van een volledig ingevuld en ondertekend aanvraagformulier

Identificatie patiënte

Naam patiënte: _____
 Voornaam patiënte: _____
 Geboortedatum: _____
 Adres: _____

 Naam mutualiteit: _____
 Lidnummer: _____
 UZ Brussel dossier: _____
 Familienummer: _____
 Etnische afkomst: _____

Identificatie aanvrager

Naam aanvrager: _____
 Voornaam aanvrager: _____
 Aanvragende dienst: _____
 Adres: _____

 E-mail adres: _____
 Telefoon: _____
 RIZIV nummer: _____
 Handtekening: _____

 Aanvraagdatum*: _____
 Uw referentie: _____
 Kopie resultaat naar: _____
 Adres: _____

Gegevens zwangerschap

Lengte van de patiënte: _____
 Gewicht voor zwangerschap: _____
 Actueel aantal weken zwanger volgens echografie: _____
 Opgelet! NIPT is minder betrouwbaar vóór 11 weken zwangerschap
 Datum echografie: _____

Aantal foetussen: heartbeat aantal: _____
 vanishing aantal: _____

Chorioniciteit: DC/DA MC/DA MC/MA

Voorgaande screening test uitgevoerd: ja neen

Resultaat risicoberekening:

T21: 1/ _____ T18: 1/ _____ T13: 1/ _____

Type voorgaande screeningtest:

- Geen
 1e trimester: biochemie echografie
 2e trimester: biochemie echografie
 Geïntegreerd 1e + 2e trimester
 Andere

Historiek

Zwangerschap(en):

GPA: _____

- Miskraam
 Afbreking
 Extra uterinen
 Mola

Antecedenten genetische aandoeningen:

In vorige zwangerschap(en)

Specifieer: _____

Bij patiënte Specifieer: _____

In familie Specifieer: _____

Indicatie

Volgens richtlijnen (bloedafname: 1x10 mL in Streck tube) 1St

- 1St Combinatietest > trisomie risico >1/300 >1/600
 1St Maternale leeftijd (> of = 35 jaar): _____ jaar
 1St Abnormale echo suggestief voor trisomie 21
 1St Abnormale echo suggestief voor andere numerieke afwijken
 Specifieer: _____
 1St Antecedenten aneuploidie of andere chromosomale afwijkingen

Andere (bloedafname: 1x10 mL in Streck tube) 1St

- 1St Persoonlijke vraag patiënt
 1St Zwangerschap na IVF ICSI PGD
 1St Andere Specifieer: _____

Staalgegevens

1St 1x 10 mL bloed in Streck tube (volgens richtlijnen/andere)

Afnamedatum: _____

Ontvangstdatum: _____

Afnametuur: _____

Ontvangstuur: _____



Vignet mutualiteit

GEÏNFORMEERDE TOESTEMMING VAN DE ZWANGERE VROUW

1. Ik ben geïnformeerd over de mogelijkheden en beperkingen van deze test, zoals beschreven in de informatiebrochure. Ik heb de mogelijkheid gehad om aan mijn arts bijkomende informatie te vragen.
2. Ik begrijp dat deze test enkel bedoeld is voor het opsporen van trisomie 21, 18 en 13 vanaf 11 weken zwangerschap. Andere, meer geschikte tests zijn aangewezen wanneer er een verhoogd risico is voor welbepaalde genetische aandoeningen.
3. In geval van een normaal resultaat is de kans dat de foetus toch trisomie 21, 18 en 13 heeft heel klein, maar niet volledig uitgesloten. Een afwijkend resultaat dient bevestigd te worden met behulp van een invasief prenataal onderzoek (vruchtwaterpunctie).
4. Het resultaat zal meestal na 2 weken (maximaal na 3 weken) beschikbaar zijn, gerekend vanaf de ontvangst van het bloedstaal.
5. In ongeveer 5 % van de gevallen kan geen resultaat worden bekomen. In dit geval kan een nieuw bloedstaal afgenomen worden zonder extra kosten.
6. Ik begrijp dat de kostprijs van deze test **390 euro** (+ eventuele indexatie) bedraagt. Er is momenteel nog geen tussenkomst van de mutualiteit; dus is deze test volledig ten laste van de patiënt. Het labo dat de test zal uitvoeren zal me de factuur rechtstreeks toesturen. Enkele samenwerkende ziekenhuizen kiezen voor onmiddellijke inning van het te betalen bedrag op moment van de consultatie.
7. In zeldzame gevallen kan de NIPT andere chromosoomafwijkingen van klinisch belang opsporen dan trisomie 21, 18 of 13. Het Centrum Medische Genetica UZ Brussel zal in dit geval contact opnemen met mij en/of mijn gynaecoloog zodat de verdere opvolging van mijn zwangerschap al dan niet aangepast kan worden naargelang de bevindingen.
8. Ik ben akkoord een antwoordkaart in te vullen en/of gecontacteerd te worden omtrent de afloop van mijn zwangerschap en ik geef mijn gynaecoloog de toestemming deze gegevens te bezorgen aan het Centrum Medische Genetica UZ Brussel.

IK BEGRIJP DE BOVENSTAANDE INFORMATIE EN STEM ERMEE IN DAT NIPT UITGEVOERD MAG WORDEN VOOR DE DETECTIE VAN FOETALE TRISOMIE 21, 18 EN 13.

Patiënte

Naam: _____
Datum: _____

Handtekening: _____

Arts

Naam: _____
Datum: _____

Handtekening: _____

Identificatie patiënte

Naam patiënte: _____
Voornaam patiënte: _____
Geboortedatum: _____
Adres: _____
Naam mutualiteit: _____
Lidnummer: _____
UZ Brussel dossier: _____

identificatiesticker
patiënt