



Per patiënt dient een afzonderlijk aanvraagformulier volledig ingevuld te worden in DRUKLETTERS. Een genetische test wordt enkel gestart na ontvangst van een volledig ingevuld aanvraagformulier ondertekend door zowel patiënte als aanvrager

Identificatie patiënte

Naam: _____
 Voornaam: _____
 Geboortedatum: _____
 Woonadres: _____
 Facturatieadres: _____
 Emailadres: _____
 Telefoon: _____
 Rijksregisternummer: _____
 Etnische afkomst: _____

Identificatie aanvrager

Naam: _____
 Voornaam: _____
 Aanvragende dienst: _____
 Adres: _____
 E-mail adres: _____
 E-health adres: _____
 Telefoon: _____
 RIZIV nummer: _____
 Aanvraagdatum*: _____
 Uw referentie: _____
 Kopie resultaat naar: _____
 Adres: _____

Keuze taal genetisch rapport Nederlands Engels Frans

Historiek

Zwangerschap(en): G: ___ P: ___ A: ___ Miskraam
 TOP
 Extra uterinen
 Mola

Antecedenten genetische aandoeningen:

In vorige zwangerschap(en): _____
 Bij patiënte: _____
 In familie: _____

Antecedenten zwangere patiënte:

Medische: _____ Datum: ____/____/_____
 Chirurgische: _____ Datum: ____/____/_____
 Medicatie/therapie: _____ Datum: ____/____/_____
 Andere: _____ Datum: ____/____/_____

Gegevens zwangerschap

Vóór zwangerschap:
 Lengte (cm): _____ Gewicht (kg): _____ BMI: _____

Zwangerschap:
 Spontaan na IVF na ICSI na PGD na eiceldonatie

Echografie:
 Datum: ____/____/_____
 Aantal weken zwanger: _____ weken _____ dagen
 Tekens: Afwezig
 Suggestief voor trisomie 21
 Suggestief voor andere (numerieke) afwijkingen
 Specificeer: _____

Aantal foetussen: 1 2 vanishing twin
 Chorioniciteit: DC/DA MC/DA MC/MA

Opgelet! NIPT en geslachtsbepaling zijn minder betrouwbaar ingeval een (vanishing) tweelingzwangerschap

Gegevens staal

1st 1 x 10 mL bloed in Streck tube
 Opgelet! minimaal 8 mL bloed/tube en inverteren van tube onmiddellijk na bloedafname vereist
 Bewaring en transport: op kamertemperatuur max. 1 dag en op koeltemperatuur tot 4°C
 indien > 1 dag - invriezen absoluut vermijden

Datum afname: _____
 Datum ontvangst: _____
 Uur afname: _____
 Uur ontvangst: _____

Geïnformeerde toestemming van de zwangere patiënte

- 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.
- Ik begrijp dat deze test enkel bedoeld is voor het opsporen van trisomie 21, 18 en 13 vanaf de 12e zwangerschapsweek. Andere, meer geschikte tests zijn aangewezen wanneer er een verhoogd risico is voor welbepaalde genetische aandoeningen.
- 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).
- Het resultaat zal meestal na 4 dagen beschikbaar zijn, gerekend vanaf de ontvangst van het bloedstaal.
- In ongeveer 5% van de gevallen kan geen resultaat worden bekomen. In dit geval kan een nieuw bloedstaal getest worden zonder extra kosten.
- Ik begrijp dat de kostprijs van deze test 260 EUR (+ eventuele indexatie) bedraagt, waarvan maximaal 8,68 EUR te mijnen laste is.
- 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 mijn gynaecoloog zodat de verdere opvolging van mijn zwangerschap al dan niet aangepast kan worden naargelang de bevindingen.

Patiënte

Ik begrijp bovenstaande informatie en ik ben akkoord dat een genomwijde NIPT mag uitgevoerd worden voor detectie van foetale trisomie 21, 18 en 13
 Ik wil niet geïnformeerd worden over relevante chromosomale afwijkingen anders dan trisomie 21, 18 en 13
 Naam: _____
 Datum: _____
 Handtekening: _____

Arts

Ik heb de patiënte geïnformeerd over de mogelijkheden en beperkingen van een genomwijde NIPT voor detectie van foetale trisomie 21, 18 en 13
 Naam: _____
 Datum: _____
 Handtekening: _____