

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 patiënte: \_\_\_\_\_  
 Voornaam patiënte: \_\_\_\_\_  
 Geboortedatum: \_\_\_\_\_  
 Adres: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Rijksregisternummer: \_\_\_\_\_  
 Naam mutualiteit: \_\_\_\_\_  
 Lidnummer: \_\_\_\_\_  
 UZ Brussel dossier: \_\_\_\_\_  
 Familienummer: \_\_\_\_\_  
 Etnische afkomst: \_\_\_\_\_

### Identificatie aanvrager

Naam aanvrager: \_\_\_\_\_  
 Voornaam aanvrager: \_\_\_\_\_  
 Aanvragende dienst: \_\_\_\_\_  
 Adres: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 E-mail adres: \_\_\_\_\_  
 Medibridge: \_\_\_\_\_  
 Telefoon: \_\_\_\_\_  
 RIZIV nummer: \_\_\_\_\_  
 Aanvraagdatum\*: \_\_\_\_\_  
 Uw referentie: \_\_\_\_\_  
 Kopie resultaat naar: \_\_\_\_\_  
 Adres: \_\_\_\_\_

### Gegevens zwangerschap

**Vóór zwangerschap:**  
 Lengte (cm): \_\_\_\_\_ Gewicht (kg): \_\_\_\_\_ BMI: \_\_\_\_\_

**Zwangerschap:**  
 Spontaan  na IVF  na ICSI  na PGD  na eiceldonatie

**Echografie:**  
 Datum: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Opgelet! NIPT is minder betrouwbaar voor 12 weken zwangerschap  
 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** 1x 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: \_\_\_\_\_ **Uur afname:** \_\_\_\_\_  
 Datum ontvangst: \_\_\_\_\_ **Uur ontvangst:** \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### 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: \_\_\_\_\_