UZ LEUVEN

CENTRUM MENSELIJKE ERFELIJKHEID
8-24990-92-00

AANVRAAGFORMULIER

NIET-INVASIEVE PRENATALE TEST (NIPT)

tel. +32-16-345903 - fax +32-16-346060 - E-mail: stalenreceptieCME@uzleuven.be
Website: http://www.uzleuven.be/nl/centrum-menselijke-erfelijkheid/centrum-menselijke-erfelijkheid
http://www.uzleuven.be/nipt

05-2023

Nr. 3016

IDENTIFICATIE MOEDER

EENHEID: _____ KAMER/BED: _____ / _____

PATIENT IDENTIFICATIE EAD-/HOS-nr. |_|_|_|_|_|_|_|_|

Naam: _____ Voornaam: _____
Adres: _____
Geboortedatum: |_|_|_|_|_|_|_| (d d m m j j) Geslacht: |_|

VERZEKERINGSINSTELLING KG1/KG2: |_|_|_|_| / |_|_|_|_|
Nr. verzekering |_|_|_| Verwantschap |_|
Stamnr.: _____

Indien patiënt elders gehospit. is; Naam inrichting _____
Identificatienr.: _____ Dienst: _____

ADRESSOGRAM

GEGEVENS MOEDER

Zwangerschap: _____ **weken**

Verwachte geboortedatum: |_|_|_|_|_|_|_|_|

☐ eenling meerling: ☐ DCDA ☐ vanishing twin
☐ MCDA
☐ MCMA

Gewicht vóór zwangerschap: |_|_|_|_| kg

Lengte: |_|_|,|_|_| m

GEÏNFORMEERDE TOESTEMMING

IN TE VULLEN OP ACHTERZIJDE

BLOEDAFNAME

STRIKT TE VOLGEN RICHTLIJNEN

Een bloedstaal van de moeder (**cfDNA tube**) moet binnen de 72 uur in het laboratorium worden afgeleverd.
Zie labogids UZ Leuven of de NIPT website (www.uzleuven.be/nipt) voor het overzicht van aanvaardbare cfDNA tubes voor NIPT.

Materneel bloed: 3470 ☐ 1 volledig gevulde cfDNA tube
[Nonacus (paars of blauw), Roche (wit), Streck (legermotief), BD biosciences (transparant), Sarstedt (roze)]

Datum afname: |_|_|_|_|_|_|_|_|

Tijdstip afname: |_|_| u |_|_| min

INDICATIE

☐ Maternele leeftijd:

Specifieer: _____ jaar

☐ Familiale voorgeschiedenis:

Specifieer: _____

bij _____

☐ Persoonlijke vraag patiënt

☐ Andere relevante klinische informatie:

Specifieer: _____

_____

_____

DOKTERS IN KOPIE

Gynaecoloog: _____

Huisarts: _____

AANVRAAGDATUM: |_|_|_|_|_|_|_|_|

AANVRAGER Dr.: _____

I.D. nr.: R.I.Z.I.V.nr.: |_| |_|_|_|_|_| |_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_|

Handtekening

FOETUS (VOOR INTERN GEBRUIK)

PATIENT IDENTIFICATIE EAD-/HOS-nr. |_|_|_|_|_|_|_|_|

Naam: _____ Voornaam: _____
Adres: _____
Geboortedatum: |_|_|_|_|_|_|_| (d d m m j j) Geslacht: |_|

VERZEKERINGSINSTELLING KG1/KG2: |_|_|_|_| / |_|_|_|_|
Nr. verzekering |_|_|_| Verwantschap |_|
Stamnr.: _____

Indien patiënt elders gehospit. is; Naam inrichting _____
Identificatienr.: _____ Dienst: _____

ADRESSOGRAM

Art. 613016

TOESTEMMINGSFORMULIER
NIET-INVASIEF PRENATAAL GENETISCH ONDERZOEK (NIPT)

UZ LEUVEN | CENTRUM MENSELIJKE ERFELIJKHEID

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 bedoeld is voor het opsporen van trisomie 21, 18 en 13 vanaf 12 weken zwangerschap. Andere, meer geschikte testen zijn aangewezen wanneer er een verhoogd risico is voor welbepaalde genetische aandoeningen.

3. Ik begrijp dat deze test heel nauwkeurig is, maar niet 100%. In geval van een normaal resultaat is de kans dat de baby toch trisomie 21, 18 of 13 heeft heel klein, maar niet volledig uitgesloten. Een afwijkend resultaat dient bevestigd te worden met behulp van een invasief prenataal onderzoek (bij voorkeur met een vruchtwaterpunctie).

4. Ik begrijp dat het resultaat in de meeste gevallen na 7 à 10 kalenderdagen beschikbaar zal zijn (gerekend vanaf de datum van ontvangst van het bloedstaal in ons laboratorium).
Ik kan mijn resultaat online raadplegen in mijn elektronisch medisch dossier via www.mynexuzhealth.be.

5. Ik begrijp dat de NIPT in zeldzame gevallen niet conclusief of niet interpreteerbaar is. In dit geval kan de test eenmalig gratis herhaald worden op een tweede bloedstaal.

6. Bij de NIPT analyse worden alle chromosomen nagekeken. Daarom kan de NIPT in zeldzame gevallen ook andere chromosoomafwijkingen opsporen (bijvoorbeeld een trisomie van een ander chromosoom of een klinisch relevante chromosoomafwijking bij mezelf of bij mijn baby).
Het Centrum voor Menselijke Erfelijkheid zal in dit geval contact opnemen met mij of mijn gynaecoloog.

7. Ik begrijp dat de NIPT wordt terugbetaald in België. In dat geval bedraagt het remgeld **8,68€.** Als ik recht hebt op een verhoogde tegemoetkoming, hoef ik geen remgeld te betalen. Indien ik niet aangesloten ben bij een Belgisch ziekenfonds, dien ik de volledige kostprijs van de test zelf te betalen (zie website www.uzleuven.be/nipt voor de actuele prijs).

8. Ik begrijp dat het restmateriaal en de bekomen genomische gegevens na uitvoering van de NIPT geanonimiseerd gebruikt kunnen worden voor validatie, interne kwaliteitscontroles of onderzoeksdoeleinden (bijvoorbeeld optimalisatie van de NIPT en nieuwe ontwikkelingen).

☐ Ik bevestig dat ik tijdens deze zwangerschap nog geen NIPT heb laten uitvoeren die terugbetaald werd door het ziekenfonds.

☐ Ik begrijp bovenstaande informatie en stem ermee in dat de NIPT mag uitgevoerd worden.

MOEDER	ARTS
Naam: _____	Naam: _____
Datum: __ __ / __ __ / __ __ __ __	Datum: __ __ / __ __ / __ __ __ __
GSM nr.: + __ __ / __ __ __ / __ __ __ __ __ __	Handtekening:
E-mail: _____	
@ _____	
Handtekening:	

invullen in drukletters a.u.b.