

Materiaal:

AANVRAAGFORMULIER POSTNATAAL GENOOMONDERZOEK

s.v.p. volledige patiëntgegevens (naamplaatje) verzekering + nr.	
Naam + vrl. :	
Geboortedatum :	M/V
Adres :	
Postcode :	
Woonplaats: :	
Verzekering + nr. :	P/Z
Huisarts :	

Universitair Medisch Centrum St Radboud
 Afdeling Antropogenetica 848
 Sectie Cytogenetica
 Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen

Postnatale Genoomdiagnostiek

Secretariaat Tel : 024-361 4105
 Fax : 024-366 8751
 E-mail: cytosec@antrg.umcn.nl
 Dr. D. Smeets, klinisch cytogeneticus
 Mw. Dr. N. de Leeuw, klinisch cytogeneticus
 G. van de Zande, coördinerend analist
 Dr. R. Pfundt, klinisch moleculair geneticus

Datum afname :

Aanvragend arts :

Telefoon / sein :

Ziekenhuis / Afd. :

Uw referentie :

ROCS STICKER

In te vullen door array medewerker

Fractienr. =

Familiennr. =

Indicaties voor chromosomenonderzoek (5 ml heparine bloed), pasgeborenen (1 à 2 ml heparine bloed, géén 500 µl cupjes!)*

- Herhaalde spontane abortus (s.v.p. ook onderzoek partner)
- Levend- of doodgeboorte na 16 weken amenorroe, gepaard gaande met misvorming van de vrucht; vermelden: aard van de afwijkingen, zwangerschapstermijn + geslacht, persoonsgegevens van moeder
Aard van materiaal: huid kraakbeen navelstrengbloed overigen:.....
- Verdenking op Syndroom van Down
- Abnormale geslachtelijke ontwikkeling;
S.v.p. aanvinken indien van toepassing: verdenking op syndroom van Turner of syndroom van Klinefelter
- Chromosomale instabiliteit / breuksyndroom; bijvoorbeeld syndroom van Bloom, anemie van Fanconi, ataxia telangiectasia of Nijmegen Breuk syndroom (**alleen na telefonisch overleg**)
- Gezonde individuen die mogelijk drager zijn van een chromosoomafwijking;
vermelden: welke chromosoomafwijking, familierelatie met patiënt, patiënt onderzocht: ja / nee

**Indicaties voor moleculaire analyse (ARRAY onderzoek, fra(X) onderzoek, Y-chromosomale deleties)
Gelieve hiervoor naast heparinebloed tevens 10 ml EDTA-bloed (pasgeborenen ≥ 2 ml EDTA-bloed) mee te sturen**

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Multipelen congenitale afwijkingen;
<u>S.v.p. vermelden:</u> aard van de afwijkingen <input type="checkbox"/> Mentale / psychomotore retardatie; <input type="checkbox"/> Fertilitiestoornis;
<u>S.v.p. vermelden:</u> <input type="checkbox"/> azoöspermie <input type="checkbox"/> oligospermie <input type="checkbox"/> ICSI-kandidaat
naam + geboortedatum partner = | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Verdenking microdeletiesyndroom <input type="checkbox"/> Fra(X) syndroom <input type="checkbox"/> Dragerschapanalyse middels array <input type="checkbox"/> Opslag (voor eventueel later onderzoek) |
|---|---|
- Toestemming voor gebruik t.b.v. nieuwe onderzoeksmogelijkheden (aanvinken indien van toepassing)**
De patiënt of diens wettelijke vertegenwoordiger heeft geen bezwaar tegen nader gebruik van het materiaal voor onderzoek in lijn met de huidige diagnostische vraagstelling, en wil geïnformeerd worden indien dit onderzoek (dat niet in rekening gebracht zal worden) resulteert in voor de patiënt relevante bevindingen.

Toelichting bij de indicatie (BIJ VOORKEUR PAGINA 2 GEBUIKEN T.B.V. EEN OPTIMALE EN SNELLE VERWERKING)

KLINISCHE GEGEVENS

Wij verzoeken u dit klinische formulier zo volledig mogelijk in te vullen.

Deze gegevens zijn van belang voor zowel het huidige onderzoek als voor eventueel toekomstige onderzoek in lijn met de huidige diagnostische vraagstelling.

- Toestemming voor gebruik t.b.v. nieuwe onderzoeksmogelijkheden (aanvinken indien van toepassing)**
De patiënt of diens wettelijke vertegenwoordiger heeft geen bezwaar tegen nader gebruik van het materiaal voor onderzoek in lijn met de huidige diagnostische vraagstelling, en wil geïnformeerd worden indien dit onderzoek (dat niet in rekening gebracht zal worden) resulteert in voor de patiënt relevante bevindingen.

Kliniek

Mentale retardatie nee/ ja: mild/ matig/ ernstig

Autisme nee/ ja

Geboortegewicht <P3 / P3-P98 / >P98

Lengte (huidige) <P3 / P3-P98 / >P98

Schedelomtrek (huidige) <P3 / P3-P98 / >P98

Convulsies nee/ ja: _____

Hersenafwijking nee/ onbekend/ ja: _____

Oogafwijking nee/ ja: _____

Oorafwijking nee/ ja: _____

Schisis nee/ ja: lip/ kaak/ gehemelte

Hartafwijking nee/ onbekend/ ja: _____

Urogenitale afwijking nee/ onbekend/ ja: _____

Overige (congenitale) afwijkingen _____
