

## Aanvraag voor laboratoriumonderzoek screening DOWN/NBD/Trisomie13-18

Aanvragende arts: *Naam/voornaam/adres*

RIZIVnr of stempel:

Kopie aan:

onder omslag

Patiëntgegevens: *naam/voornaam/geboorte/  
datum/geslacht/adres*

Contactnummer:

Afdeling/kamer/bed:

Datum aanvraag:

Afname: Tijdstip:

Uitvoerder:

**Gelieve het toestemmingsverklaringsformulier ('informed consent') te laten tekenen op de achterzijde**

### AANGEVRAAGDE TESTEN

5106  **1<sup>e</sup> trimester scr.:Bepaling van risico op Downsyndroom en Trisomie 13/18 (PAPP-A en vrij  $\beta$  HCG)**  
Down1 afname: Materneel serumstaal op 9-13 **beëindigde** zwangerschapsweken + CRL en NT meting noodzakelijk

5107  **2<sup>e</sup> trimester scr.: Bepaling van risico op Downsyndroom, NBD (Neuraal Buis Defect) en Trisomie 13/18 ( AFP, hCG totaal)**

Down2 afname: Materneel serumstaal op 15-17 beëindigde zwangerschapsweken (uitersten 14 tot 20 weken)

### KLINISCHE GEGEVENS

Datum Staalname ..... / ..... / ..... Geboortedatum moeder ..... / ..... / ..... Gewicht moeder. .... kg.

Ethnische origine  Zwart / Afrikaans  Blank  Aziatisch  
 Insuline dependente diabetes mellitus  Ja  Nee  
 Roken  Ja  Nee

Type zwangerschap (omcirkel) SPONTAAN / IVF / HAI / ICSI / EICELDONATIE  
 Indien eiceldonatie (omcirkel) EIGEN EICEL / DONOR EICEL leeftijd donor op moment van donatie.....  
 geboortedatum donor .....

Aantal foetussen  .....  
 Indien tweeling : type placenta  monochorionic  dichorionic  onbeoordeelbaar

Vorige zwangerschap: voorkomen van Tr21  Ja  Nee  
 voorkomen van Tr13  Ja  Nee  
 voorkomen van Tr18  Ja  Nee  
 voorkomen neuraal buisdefect  Ja  Nee

### BEPALING ZWANGERSCHAPSDUUR

Datum van de laatste maandstanden ..... / ..... / .....

Verwachte geboortedatum ..... / ..... / .....

Zwangerschapsduur bij bloedafname aantal weken : ..... aantal dagen : .....

Datum van de echografie ..... / ..... / .....  
 Zwangerschapsduur op datum echografie aantal weken : ..... aantal dagen : .....

**Echografie verplicht bij 1<sup>ste</sup> trimester:minimum CRL=45mm,maximum CRL=84mm (=tussen 11 en 13 weken en 6 dagen)**

Foetus 1 CRL: ..... mm NT: ..... mm neusbeen: J / N / niet beoordeelbaar

Foetus 2 CRL: ..... mm NT: ..... mm neusbeen: J / N / niet beoordeelbaar

## Toestemmingsverklaringsformulier ('informed consent')

---

Hiermee bevestig ik ..... (naam patiënt)

dat ik op ...../...../..... (datum)

door dokter ..... (naam verantwoordelijke arts)

werd ingelicht omtrent screening naar Syndroom van Down door middel van de screeningtest.

Ik kreeg de mogelijkheid om vragen te stellen en kreeg ondermeer uitleg over hierna volgende gegevens, die ik na gesprek met de arts heb kunnen lezen.

Ik heb begrepen dat:

- De screeningtest naar het syndroom van Down bestaat uit de combinatie van een laboratorium bloedonderzoek en een echografisch onderzoek. Beide onderzoeken houden geen risico in voor mij of mijn ongeboren kind.
- De screeningtest berekent een risico op de aanwezigheid van het Down syndroom van mijn ongeboren kind. Het is dus een risicoschatting, maar biedt géén sluitende zekerheid.
- Bij een verhoogd risico kan in overleg met de gynaecoloog een bijkomend onderzoek, amniocentese of vruchtwaterpunctie, gepland worden. Deze onderzoeken houden een klein, doch niet verwaarloosbaar(0.8%), risico in op een miskraam.
- Ik ga akkoord en begrijp deze procedure die mij vrijblijvend wordt aangeboden.

Datum en handtekening patiënte

Handtekening, naam en stempel arts