

Gelieve duidelijk en in HOOFDLETTERS te schrijven.  
Zend het origineel aanvraagformulier samen met het  
bloedstaal terug in de retourbox.  
Alle velden zijn verplicht.

# PrenaTest®

Veld voor barcode

WM-3082-BE-NL-002

<b>Aanvragende arts/stempel</b> Praktijk/ziekenhuis Titel/voornaam/familienaam Straat/nummer Postcode/stad Telefoon/fax RIZIV-nummer Kopie aan andere zorgverstrekker		
<b>Patiëntinformatie/mutualiteitsvignet</b> Voornaam/familienaam Straat/nummer Postcode/stad Geboortedatum (DD/MM/JJJJ) INSZ		
<b>Aanvraag om de PrenaTest® uit te voeren</b> Na overleg met en met het akkoord van mijn aanvragende arts selecteer ik de volgende testoptie: <input type="checkbox"/> <b>Bepaling van foetale trisomieën 21, 18 en 13</b> voor eenling- of tweelingzwangerschappen, met inbegrip van geslachtsbepaling op aanvraag Geslachtsbepaling gewenst <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> <b>Bepaling van foetale trisomieën 21, 18 en 13 en gonosomale aneuploidieën</b> voor eenlingzwangerschap, met inbegrip van geslachtsbepaling op aanvraag Geslachtsbepaling gewenst <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee		
Zwangerschapsgegevens Datum van bloedafname (DD/MM/JJJJ) Afname uur Zwangerschapsweek <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Eenlingzwangerschap <input type="checkbox"/> Tweelingzwangerschap Monochoriaal: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Herhaling van de test op nieuw bloedstaal (indien 1e analyse mislukt) <input type="checkbox"/> <b>Patiënt krijgt laagmoleculaire heparine (LMWH)</b> Lichaamslengte: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> cm Gewicht voor de zwangerschap: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> kg	
<b>Reden voor genetisch onderzoek</b> <input type="checkbox"/> In het kader van de terugbetaling van de NIPT in België door het RIZIV vanaf 12 weken zwangerschapsduur <input type="checkbox"/> Leeftijd van 35 jaar of hoger op het moment van de geboorte <input type="checkbox"/> Vorige zwangerschap met foetale aneuploidie <input type="checkbox"/> Verhoogd risico op aneuploidie op basis van screeningmethodes voor prenatale risicobepaling <input type="checkbox"/> Erfelijk risico op foetale aneuploidie <input type="checkbox"/> <i>Overige medische redenen/bijkomende zwangerschapsinfo (bijvoorbeeld vanishing twin/eiceldonatie).</i>		
<b>Rapportresultaat</b> <input type="checkbox"/> Nederlands <input type="checkbox"/> Frans		
<b>Geïnformeerde toestemming van de zwangere vrouw</b> Ondergetekende patiënte bevestigt dat ze geïnformeerd werd over de mogelijkheden en beperkingen van de PrenaTest®. Ik ontving de nodige uitleg en genetisch advies overeenkomstig de nationale wetgeving en stemde in met het genetisch onderzoek. Ik heb de mogelijkheid gehad om aan mijn arts bijkomende informatie te vragen. De patiënt gaat akkoord dat overblijvend onderzoeksmateriaal anoniem bewaard wordt voor kwaliteitsgarantie, wetenschappelijk onderzoek alsook de ontwikkeling van nieuwe diagnosemogelijkheden. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Hierbij ga ik akkoord dat mijn persoonlijke gegevens (bv. naam, adres, telefoonnummer, e-mailadres, geboortedatum, verzekeringsnummer, verzekeringsstatus, zwangerschapsinformatie) en mijn bloedstalen, die afgenomen werden door mijn aanvragende arts doorgestuurd worden naar Eurofins   Labo Van Poucke voor de uitvoering van de PrenaTest®. Bovendien ga ik akkoord dat Eurofins   Labo Van Poucke de persoonsgegevens en bloedstalen verzamelt, verwerkt en gebruikt binnen het kader van de contractuele relatie voor de verwerking van de PrenaTest®. Eurofins   Labo Van Poucke zal het bloedstaal bewaren overeenkomstig met de nationale wetgeving, tenzij ik akkoord ben dat het langer wordt bewaard. De patiënt kan haar akkoord met de aanvragende arts op eender welk moment intrekken. In dat geval blijft de verwerking van de reeds verzamelde persoonsgegevens wettelijk. De verantwoordelijke dokter of het laboratorium bevestigt dat de patiënt op de hoogte werd gebracht van de opmerkingen inzake gegevensbescherming (zie website: <a href="http://www.eurofins-labovanpoucke.com">www.eurofins-labovanpoucke.com</a> ). <b>Het bloedstaal is afkomstig van de in dit formulier vernoemde patiënt, op voorwaarde dat de naam van de patiënt op de afname buis en op het aanvraagformulier overeenkomen. Opmerking:</b> indien minder dan 3 ml plasma kan worden verkregen van elk van de twee bloedstalen, zal het plasma van beide bloedstalen worden gecombineerd om de PrenaTest® analyse te kunnen uitvoeren. Indien deze totale hoeveelheid onvoldoende is, zullen nieuwe bloedstalen worden gevraagd.		
Plaats/datum	Naam en handtekening arts	Naam en handtekening patiënt

# GEÏNFORMEERDE TOESTEMMING VAN DE ZWANGERE VROUW

- Ik begrijp dat NIPT een niet-invasieve screeningstest is die wordt uitgevoerd op een bloedstaal van de moeder, dit vanaf de zwangerschapsduur van 12 weken.
- Ik begrijp dat deze test bedoeld is voor het opsporen van trisomie 21, 18 en 13 en dat indien ik de geslachtsbepaling en/of het opsporen van gonosomale aneuploidies wens, dit op de aanvraag moet aangeduid worden.
- Ik begrijp dat deze test heel nauwkeurig is, maar niet 100%. In geval van een normaal resultaat is de kans op trisomie 21, 18 of 13 of gonosomale aneuploidie heel klein, maar niet volledig uitgesloten. Een afwijkend resultaat dient bevestigd te worden met behulp van een invasief prenataal onderzoek (bij voorkeur een vruchtwaterpunctie).
- Uitzonderlijk kan er geen resultaat bekomen worden wegens onvoldoende hoeveelheid foetaal DNA, beschadigd bloedmonster of abnormaal testverloop. In dat geval kan de test kosteloos herhaald worden op een nieuw bloedstaal.
- Ik begrijp dat de NIPT wordt terugbetaald in België vanaf 12 weken zwangerschap, indien ik ben aangesloten bij een Belgisch ziekenfonds.
- Het is mogelijk om met deze test het geslacht (XX, XY) van de foetus te bepalen. Hiervoor dient er toestemming te worden gegeven door de zwangere. Hierbij dient er rekening gehouden te worden met een kleine kans dat er een abnormaal resultaat (vb. Syndroom van Turner of Klinefelter) wordt teruggevonden. Soms zijn de gevolgen voor het ongeborn kind niet duidelijk.

Ik, ondergetekende, mevrouw .....

- bevestig dat ik tijdens deze zwangerschap nog geen NIPT of combinatietest heb laten uitvoeren die terugbetaald werd door het ziekenfonds.
- begrijp bovenstaande informatie en stem ermee in dat de NIPT mag uitgevoerd worden.

Naam, datum en handtekening patiënt

Naam, datum en handtekening arts