



n° réception IPG

n° analyse IPG

AANVRAAGFORMULIER – SCREENING VOOR FOETALE TRISOMIE 21, 18 en 13 NIET-INVASIEF PRENATAAL GENETISCH ONDERZOEK (NIPT) (ISO-15189 (MED-381) geaccrediteerde analyse)

GEGEVENS MOEDER

Naam:	Verwachte verlossingsdatum:/...../.....
Voornaam:	Zwangerschapsduur : W (minimum 12 W) *
Geboortedatum:	Zwangerschap:
Tel. (facultatief):	<input type="checkbox"/> eenlingzwangerschap
Adres:	<input type="checkbox"/> tweelingzwangerschap <input type="checkbox"/> (DC/DA) <input type="checkbox"/> (MC/DA) <input type="checkbox"/> (MC/MA)
Straat en nummer:	Gewicht vóór de zwangerschap: kg
Postcode en plaats:	Gestalte: m
Mutualiteit: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Geslacht van foetus echografie: <input type="checkbox"/> mannelijk <input type="checkbox"/> vrouwelijk <input type="checkbox"/> ongekend
INSZ: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

AANVRAGER

Naam:	Kopie naar:
Voornaam:	Adres:
Ziekenhuis:	
Straat en nummer:	
Postcode en plaats:	
Tel.:	
GSM : <i>Het is belangrijk uw GSM nummer te vermelden in het geval dat wij u snel moeten bereiken</i>	Datumafname :
Riziv nummer:	- Dag:/...../.....
	- Ur:

VERZENDING VAN DE RESULTATEN

MEXI PER POST

BLOEDAFNAME van maandag tot vrijdag - Inlichtingen: ☎: 071/44.71.81

1 Cell-Free_DNA_BCT tube van het merk Streck van 10 ml (gevuld met minimum 8 ml materneel bloed)	Afgeleverd : Datum afname:/...../..... Tijdstip afname:u min Het STRECK bloedstaal moet zo snel mogelijk in het laboratorium afgeleverd worden Het staal niet invriezen en op kamertemperatuur houden Het bloedstaal na afname mengen door inversie (10 x).
---	--

VOORGESCHIEDENIS

Aantal zwangerschappen: Aantal bevallingen: Aantal miskramen:	Vorige zwangerschappen met chromosoomafwijking (specifieer):
Zwangerschapsonderbrekingen:	
Familiale of persoonlijke voorgeschiedenis van genetische ziekte (specifieer):	Voorgeschiedenis van transfusie, transplantatie, stamceltherapie, kanker (specifieer):

ECHOGRAFIE EERSTE TRIMESTER **

--

* De screening wordt enkel terugbetaald vanaf 12 weken zwangerschap, niet cumuleerbaar met andere screeningstesten voor trisomie (triple-test, combinatietest)

** In geval van foetale afwijkingen op de echografie is het aangewezen een vruchtwaterpunctie gevuld door een array-CGH analyse te verrichten

Code non-conformiteit:

Initialen LT

CONTACT

Document beschikbaar op : <http://www.ipg.be/>

Zie geïnformeerde toestemming (verso)

1. Ik begrijp de indicatie, de doelstelling, de mogelijkheden en beperkingen van deze test. Mijn arts, Dr _____, heeft al mijn vragen beantwoord.
2. Ik begrijp dat deze test uitsluitend bedoeld is voor het opsporen van trisomie 21, 18 en 13 bij de foetus, vanaf 12 weken zwangerschap (14 weken amenorroe). Ik begrijp ook 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. Andere chromosoomafwijkingen kunnen eventueel geïdentificeerd worden bij de foetus of bij de moeder, maar deze test is niet gevalideerd voor het opsporen van dergelijke afwijkingen. In overeenstemming met de aanbevelingen van de BeSHG worden de afwijkingen van de geslachtschromosomen niet gerapporteerd.
3. Ik verkies het geslacht van het foetus niet te kennen .
4. Ik begrijp dat het resultaat in ongeveer 1 week (berekend vanaf de datum van ontvangst van het staal in het laboratorium) beschikbaar zal zijn.
5. Ik begrijp dat in sommige gevallen (ongeveer 5%) geen resultaat kan bekomen worden na de eerste bloedafname. Een tweede bloedafname kan noodzakelijk zijn als gevolg van onvoorziene omstandigheden zoals een te geringe concentratie van foetaal DNA in het bloedstaal, degradatie van het staal tijdens het transport,.... In dit geval kan de test herhaald worden op een tweede bloedstaal zonder bijkomende kosten.
6. Ik begrijp dat het resultaat van deze test niet kan gebruikt worden voor het stellen van een definitieve diagnose. Een afwijkend resultaat moet steeds bevestigd worden door middel van een invasief diagnostisch onderzoek zoals een vruchtwaterpunctie (vanaf 15 weken zwangerschap).
7. Ik ga ermee akkoord de nodige informatie te verstrekken in verband met mijn zwangerschap, zoals de identificatie van een chromosoomafwijking (zoals translocatie) of een genetische afwijking in de familie. Ik begrijp en stem toe dat mijn arts mij voor dergelijke inlichtingen kan contacteren.
8. Ik werd ervan ingelicht dat deze test door het RIZIV wordt terugbetaald sinds 1 juli 2017 en dat ik het remgeld van 8.68 € zal moeten betalen. Deze terugbetaling is niet cumuleerbaar met andere screeningstesten voor trisomie op materneel bloed (triple-test, combinatietest,...).
9. **Deze test is ISO-15189 (BELAC MED-381) geaccrediteerd sinds april 2015.**
10. Deze toestemming kan vergezeld zijn van een consultatie bij een specialist. In dat geval, dien ik een supplement te betalen dat overeenkomt met het remgeld.
11. De NIPT test wordt uitgevoerd overeenkomstig de aanbevelingen van de Belgische Vereniging voor Menselijke Genetica (BeSHG), te raadplegen op <http://www.beshg.be/index.php?page=guidelines>, sectie "Summary of NIPT guidelines" en "NIPT guidelines for incidental findings".
12. Ik aanvaard het gebruik van mijn bloedstaal en mijn klinische gegevens door mijn arts of door het laboratorium in het kader van de bevestiging van mijn resultaten, kwaliteitscontrole, of onderzoekprojecten indien ik anoniem blijf en mijn persoonlijke gegevens niet op verslagen of publicaties vermeld worden. Indien ik niet akkoord met dit laatste punt ben, zet ik een kruisje in het vakje .
13. IPG verwerkt uw gegevens in overeenstemming met de veiligheid en vertrouwelijkheid vereisten zoals voorzien in de Algemene Verordening Gegevensbescherming (GDPR). U kunt meer informatie hierover op de IPG-website vinden <http://www.ipg.be/protection-vie-privee/>

IK GA ERMEE AKKOORD DAT DE NIPT TEST UITGEVOERD WORDT VOOR HET PRENATAAL OPSPOREN VAN TRISOMIE 21,18 EN 13

PATIËNTE	ARTS
Naam: _____	Naam: _____
Datum: _____	Datum: _____
Handtekening: _____	Handtekening: _____

(*) *Verplicht te ondertekenen. NIPT kan NIET uitgevoerd worden wanneer de geïnformeerde toestemming niet ondertekend is.*