

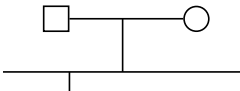
Dit formulier is digitaal invulbaar. Na invullen, het formulier afdrukken en met patiëntmateriaal insturen.  
 Een onvolledig ingevuld formulier of niet correct ingezonden materiaal kan omwille van de zorgvuldigheid niet in behandeling worden genomen.  
**Per sample een formulier. Indien mogelijk een patiëntensticker / ponsplaatje afdruk.**

<p><b>Afgifte materiaal</b></p> <p>Erasmus MC          Afdeling Klinische Genetica          Kamer/Loket Ee2475          Dr. Molewaterplein 40, 3015 GD Rotterdam</p> <p><b>Postadres</b></p> <p>Erasmus MC          Afdeling Klinische Genetica, Ee2475          Antwoordnummer 55, 3000 WB Rotterdam</p> <p>T: (010) 70 43 197, F: (010) 70 43 200          E: <a href="mailto:Loket.klinischegenetica@erasmusmc.nl">Loket.klinischegenetica@erasmusmc.nl</a></p>	<p><b>Naam patiënt(e):</b> <span style="float: right;">M V</span></p> <p>PID Erasmus MC:</p> <p>Geboortedatum:</p> <p>Adres:</p> <p>Postcode: <span style="margin-left: 100px;">Woonplaats:</span></p> <p>Telefoonnummer:</p> <p>BSN:</p> <p>Verzekering: <span style="margin-left: 100px;">Polisnummer:</span></p> <p>Huisarts:</p> <p>Adres:</p>
<p><b>Ruimte vrijhouden</b></p> <p><b>Aanvraagnummer</b></p> <p><b>Barcode</b></p>	<p><b>Alternatieve declaratie:</b> <span style="float: right;">M V</span></p> <p>PID Erasmus MC:</p> <p>Geboortedatum:</p> <p>BSN:</p> <p>Verzekering: <span style="margin-left: 100px;">Polisnummer:</span></p>

<p><b>Aanvragend arts:</b></p> <p><b>Indien arts-assistent; naam supervisor:</b></p> <p>Adres:</p> <p>Telnr.: <span style="margin-left: 100px;">Faxnr.:</span></p>	<p><b>Instelling:</b></p> <p>Afdeling:</p> <p>Uw kenmerk: <span style="margin-left: 100px;">AGB code:</span></p>
--	--

<b>Ontvangst digitale uitslag:</b>	
Uitslag naar aanvragend arts (Reeds ingevuld)	emailadres:
Uitslag naar medebehandelaar:	emailadres:
Uitslag naar KCL:	emailadres:

<p><b>Gebruik patiëntenmateriaal</b></p> <p>Betrokkene of diens ouders of wettelijke vertegenwoordiger <b>verbiedt expliciet</b> nader gebruik van zijn / haar lichaamsmateriaal.</p>	<p><b>Materiaal</b></p> <p><b>Barcode</b></p>	<p><b>Materiaal</b></p> <p><b>Barcode</b></p>
---	---	---

<b>Is er al eens eerder materiaal van deze patiënt(e) of een familielid/partner ingestuurd?</b>	
<p>Stamboom: De persoon die op dit formulier vermeld staat met een pijl aanduiden; de aangedane familieleden intekenen.</p> 	<p>Neen</p> <p>Ja, nl.: (indien bekend) <span style="float: right;">M V</span></p> <p>Naam:</p> <p>Geboortedatum:</p> <p>Familienummer:</p>

<b>Aard ingezonden materiaal</b>		<b>Datum afname:</b>	
Li-Hep bloed	EDTA bloed	Weefselbiopt	Anders, nl

Voor de meest recente aanvraagformulieren, de algemene voorwaarden en informatie over afname- en verzendinstructies, uitslagtermijnen/doorlooptijden, methodieken e.d. wordt verwezen naar onze website [www.erasmusmc.nl/nl-nl/patientenzorg/laboratoriumspecialismen/klinische-genetica](http://www.erasmusmc.nl/nl-nl/patientenzorg/laboratoriumspecialismen/klinische-genetica)

## SPOED

Reden: patiënt/partner is zwanger, zwangerschapsduur: weken, prenataal onderzoek ja nee  
Familielid is zwanger, zwangerschapsduur: weken, prenataal onderzoek ja nee  
anders, te weten

### Indicaties voor array onderzoek (EDTA bloed)

**Multipale congenitale afwijkingen**  
(onderstaand scoreformulier invullen)

**Verstandelijke beperking**  
(onderstaand scoreformulier invullen)

**Dragerschap van een array afwijking in de familie**

Fenotype bij te onderzoeken familielid: nee ja  
(indien ja, onderstaand scoreformulier invullen)

Aanvraag-/fractienummer eerder onderzocht familielid:

### Uni Parentele Disomie onderzoek

Differentiaal diagnose:

**Multipale congenitale afwijkingen i.c.m.:**

(<1 jaar: parallel MS-MLPA;  
>1 jaar: eerst MS-MLPA, indien geen afwijkende MS-MLPA volgt daarna array.)

UPD chromosoom:

Prader-Willi syndroom

Angelman syndroom

(onderstaand scoreformulier invullen)

Vervolgonderzoek mogelijke UPD (advies via uitslagbrief):

**vUPD chromosoom:**

Aanvraag-/fractienummer:

### Indicaties voor array onderzoek (weefselbiopt)

Indien IUVD / abortus / doodgeborene / neonatale sterfte formulier  
"[Aanvraag Prenataal Cytogenetisch Onderzoek](#)" insturen.

### Indicaties voor karyotypering (Li-heparine bloed)

**Herhaalde abortus (man en vrouw te onderzoeken)**

Naam partner:

Geboortedatum:

**Verdenking Down syndroom**

**Verdenking Patau syndroom**

**Verdenking Edwards syndroom**

**Afwijkende geslachtelijke ontwikkeling en/of functie**

Ambigu genitaal Azoö-/oligozoöspermie

Turner ICSI behandeling

Klinefelter Prematuur ovarieel falen (POF)

**Dragerschap van een evt. chromosoomafwijking in de familie**

Toelichting

Aanvraag-/fractienummer eerder onderzocht familielid:

### Overige indicaties (weefsel)

Turner in 2e weefsel ná karyotypering (wangslimvlies)\*\*

Andere techniek, te weten:

\*\* Vraag eerst een "wangslimvliespakket voor FISH"  
(bevat: afname instructie, swabs en preparaatglaasjes) aan via  
(010) 70 43 197

### Opslag celbank

Opslag\* voor sediment van de lymfocytenkweek

Opslag\* voor EBV

Opslag\* voor fibroblastencellijn

\*Indien opslag succesvol is, zal hiervan geen bericht worden verstuurd

**Gegevens patiënt***(evt. hier een identificatiesticker plakken mag ook)*

Naam aanvragend arts:

naam:

geboortedatum:

---

**Ontwikkelingsachterstand  
(cognitief/motor/spraak)**

---

**Gedragsproblemen/ Autisme**

---

**Craniofaciale afwijkingen/dysmorphie gelaat**

---

**Zenuwstelselafwijkingen/epilepsie**

---

**Oogafwijkingen**

---

**Oor-/gehoorafwijkingen**

---

**Hart-/vaat-/longafwijkingen**

---

**Gastro-intestinale afwijkingen**

---

**Urogenitale afwijkingen**

---

**Skelet- /ledemaatsafwijkingen**

---

**Huidafwijkingen**

---

**Endocriene afwijkingen**

---

**Hematologische afwijkingen**

---

**Oncologische afwijkingen**

---

**Ouders consanguin (relatie/graad)**

---

**Overige informatie/differentiaal diagnose**

---

**Toelichting:**  
  

---