

**Patiënt gegevens**

Eigen achternaam \_\_\_\_\_ Voorletters \_\_\_\_\_

Naam partner \_\_\_\_\_

Geslacht \_\_\_\_\_ Geboortedatum(dd/mm/jjj) \_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_

Postcode \_\_\_\_\_ Woonplaats \_\_\_\_\_

BSN \_\_\_\_\_

Polisnummer \_\_\_\_\_

Uw referentienummer \_\_\_\_\_

**Aanvrager (Arts)**

Ziekenhuis/Instelling \_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_ Plaats \_\_\_\_\_

Aanvrager \_\_\_\_\_ AGB code \_\_\_\_\_

Telefoonnr \_\_\_\_\_

Email adres \_\_\_\_\_

*NB: een onvolledig ingevuld formulier en/of niet correct ingezonden materiaal kan de verwerking vertragen en terugrapportagetijd aanzienlijk verlengen.*

**Invullen door aanvrager**
**Liquor**

 Traumatische punctie :  Nee  Ja

 Afnamelocatie :  LP  CP  Overige nl: \_\_\_\_\_

Afnamedatum \_\_\_\_\_ Afname tijdstip \_\_\_\_\_

**Bepaling**
 Hypocretine-1 (Orexin-A) ( **1 + invullen anamnese!**)

 Overige nl:
   
\_\_\_\_\_
   
\_\_\_\_\_

**Diverse materialen**

 Afnamelocatie:  Neusvocht  Oorvocht  Wondvocht  Overige nl: \_\_\_\_\_

Afnamedatum \_\_\_\_\_ Afname tijdstip \_\_\_\_\_

**Bepaling**
 Liquorlekkage (O-Sialotransferrine) ( **2 + ook serum insturen!**)

 Overige nl:
   
\_\_\_\_\_
   
\_\_\_\_\_

**Opslag- en verzendcondities** : Zie legenda op pagina 2 en NVKC wie doet wat database (<https://www.nvkc.nl/professional/wie-doet-wat-database>)

**Invullen door KCL**

LUMC nummer	Code aanvrager	Drielettercode externen (CMO)		
		HIX Reg.	Orderinvoer Glims	2e controle Glims



Versie 230504; pag 1/2



## Afname en verzendcondities

- (1) Minimaal 1 ml liquor. Na afname liquor centrifugeren bij 2000g. Supernatant tot verzenden opslaan: 3 dagen bij kamertemperatuur of 1 week bij 4°C. Verzenden bij kamertemperatuur. **Niet versturen op donderdag of vrijdag.** Indien op donderdag of vrijdag afgenomen supernatant in koelkast bewaren.
- (2) Ook serum van betreffende patiënt insturen. Serum en vocht tot verzenden bewaren bij -20°C en verzenden op droogijs. Niet op vrijdag verzenden.

### Anamnese bij Hypocretine-1 (Orexin-A):

Kataplexie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> dubieus
Hypnagoge hallucinaties	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> dubieus
Slaapparalyse	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> dubieus
Duur van de klachten	<input type="checkbox"/> < 1 jaar	<input type="checkbox"/> > 1 jaar	
Familie anamnese	<input type="checkbox"/> negatief	<input type="checkbox"/> positief voor	_____
Secundaire vorm ( <i>bijv. na trauma, tumor ed.</i> )	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja, secundair aan	_____

### HLA typering

DR2  positief  negatief  niet verricht  
DQB1\*0602  positief  negatief  niet verricht

### Multiple Sleep Latency Test

slaaplatentie \_\_\_\_\_ minuten  
aantal dutjes \_\_\_\_\_ uit \_\_\_\_\_ (totaal aantal dutjes)  
REM latentie \_\_\_\_\_ minuten  
aantal REM periodes \_\_\_\_\_ uit \_\_\_\_\_ (totaal aantal dutjes)

Medicatie gebruik bij LP  nee  ja, te weten \_\_\_\_\_

Antropometrie      lengte: \_\_\_\_\_ cm gewicht: \_\_\_\_\_ kg