

Eigenaam + voorletters*
Naam echtgenoot / partner
Straatnaam en huisnr.*
Postcode en woonplaats*
Geboortedatum* Geslacht*
Burgerservicenummer*

patiëntsticker / volledig invullen

Postadres:
LUMC, Gebouw 2
KG, Genoomdiagnostiek, S-6-P
Bezoekadres: Eindhovenweg 20
Antwoordnummer 10392
2300 WB Leiden

Secretariaat:
Tel: 071-5269800
Email: genoomdiagnostiek@lumc.nl
Website: www.LUMC.nl/klingen

* **verplichte velden**

- PROCEDURE:** Minstens 3 dagen voor afname materiaal aanvraag melden bij het laboratorium via genoomdiagnostiek@lumc.nl.
Contactpersoon op het laboratorium: dd
- MATERIAAL:** Materiaal dient voorzien te zijn van naam/patiëntnummer en geboortedatum.
1 buis lithium-heparinebloed (5 ml). NB: **alleen in overleg** met het laboratorium kan een 'PAXgene Blood RNA' buis worden ingestuurd.
5 – 10 mg snap-frozen spierbiopt (gedetailleerde instructies op aanvraag)
Overige materialen: neem contact op voor afnameinstructies.
- TRANSPORT:** Lithium-heparinebloed bij **kamertemperatuur** naar bovenstaand adres. Materiaal per bode / koerier binnen 36 uur na bloedafname (laten) bezorgen op werkdagen en uiterlijk 16.00 op de dag volgend op de afname.
Bloed afgenomen op vrijdag dient voor 16.00 op het laboratorium te zijn.
Snap-frozen spierbiopten op voldoende droogijs (minstens 5 kg) bij voorkeur op maandag of dinsdag versturen naar bovenstaand adres.
Overige materialen: neem contact op voor verzendinginstructies.
- FORMULIER:** Volledig invullen s.v.p. (per persoon één formulier).
PATIENTENINFORMATIE: Graag meegeven aan patiënt, deze is te vinden op www.LUMC.nl/klingen
Voor uitslagtermijnen diagnostiek, onze geldende criteria voor laboratoriumaanvragen en openingstijden, zie website.
Bezwaar nader gebruik restmateriaal: ja nee

AANVRAGEND ARTS

Indien arts-assistent, naam supervisor:
Zh/instelling
Adres
Postcode / Plaats
E-mail adres

AGB code:

Afdeling/specialisme:
Telefoon
Uw ref nr
Cc. uitslag

Indien declaratie op ander familielid

Naam:

Geboortedatum:

KLINISCHE VRAAGSTELLING

bevestiging / uitsluiting klinische diagnose
presymptomatisch onderzoek
dragerschapbepaling (bij recessieve aandoeningen)
onderzoek t.b.v. familieleden

vervolgonderzoek VUS (variant of unknown significance) Onze ref:
anders:

GEN(EN) / ONDERZOEK:

Is er al eerder materiaal van de patiënt of een familielid ingestuurd?

Bekende mutatie/variant: ja, nl:

OVERIGE KLINISCHE INFORMATIE en/of stamboom :

Datum bloedprikken:
(verplicht invullen)

NEE
 JA (patiënt zelf)
 JA (familieleden, tabel invullen)
Familienummer (F-nr):

Tijd:

Gegevens van al eerder onderzochte familieleden:

Naam (volledig)

Geboortedatum

M/V

Relatie tot adviesvrager

IN TE VULLEN DOOR PATIENTENSECRETARIAAT:

Datum ontvangst:

Paraaf ontvangst:

Tijdstip ontvangst:

Familienummer:

Materiaal en aantal: bloed/anders