

Volledig invullen s.v.p. (per persoon één formulier).

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

* **verplichte velden**

patiëntsticker / volledig invullen

Postadres:
LUMC, Gebouw 2
KG, Genoomdiagnostiek, S-6-P

Bezoekadres/ koeriersdienst:
Eindhovenweg 20, 2333 ZC Leiden

Antwoordnummer 10392, 2300 WB Leiden

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

PROCEDURE:

Minstens 3 dagen voor afname materiaal aanvraag melden bij het laboratorium via genoomdiagnostiek@lumc.nl

Contactpersoon op het laboratorium: dd

Materiaal dient voorzien te zijn van naam/patiëntnummer en geboortedatum.

MATERIAAL:

-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 afname instructies.

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.

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.

Met het aanvragen van dit onderzoek gaan we ervan uit dat u de kans op nevenbevindingen met de patiënt heeft besproken.

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

***Tijd:**

NEE

JA (patiënt zelf)

JA (familieleden, tabel invullen)

Familienummer (F-nr):

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