AFDELING KLINISCHE GENETICA
SECTIE GENOOMDIAGNOSTIEK (GD)

AANVRAAGFORMULIER VOOR HEMOGLOBINOPATHIE (HbP) ONDERZOEK

De sectie GD is NEN-EN-ISO 15189:2022 geaccrediteerd door de Raad voor Accreditatie. De scope van accreditatienummer M007 is in te zien op www.rva.nl.

TESTEN RvA M 007

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

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

*** VERPLICHTE VELDEN**

Patientensticker/ volledig invullen

Postadres:
LUMC, Gebouw 2
KG, Genoomdiagnostiek, S-6-P
Bezoekadres/ koeriersdienst :
Einthovenweg 20, 2333 ZC Leiden

Antwoordnummer 10392, 2300 WB Leiden

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

PROCEDURE:
Altijd overleg bij prenatale diagnostiek. Tel: 071-5269800
Materiaal dient voorzien te zijn van naam/patiëntnummer en geboortedatum.

MATERIAAL:
- Hematologie en DNA onderzoek: 2 buizen EDTA bloed (4-7 ml; bij neonaten 2 buizen _ 1 ml),
chorion vlokken (20 mg) of vruchtwater (15 ml).

TRANSPORT:
Bij kamertemperatuur naar bovenstaand adres. Spoedmonsters, chorion vlokken of vruchtwater per bode / koerier direct (laten) bezorgen. EDTA bloed kan per post.

PATIËNTENINFORMATIE: 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 :
Datum van afname :

AGB code :
Afdeling/specialisme:
Telefoon :
Uw ref nr :
Cc. Uitslag :

☐ Declaratie op kind
☐ Indien declaratie op ander familielid Naam Geboortedatum

Datum bloedafname:	Hb	Ht	Ery	MCV	MCH	MCHC	Ret	Ferritine Serum Fe

Therapie	Splenectomie	Transfusie	Land van herkomst (i.v.m. genfrequentie)	Familiaire Symptomatologie
		☐ Nee ☐ Ja, **d.d.**		

INDICATIES:

☐ HbP in de familie
☐ Partner van HbP drager:
Naam partner:
☐ Persisterende microcytaire anemie met normale ijzer parameters
☐ Microcytair bloedbeeld met of zonder anemie
☐ Familieonderzoek en genotypering n.a.v. resultaten hielprik
☐ Anemie/Hemolyse e.c.i.
☐ Cyanose/Polyglobulie e.c.i.
☐ Hydrops foetalis e.c.i.
☐ Afkomstig uit land met hoge dragerschaps-frequentie
☐ (Voorbereidend) prenataal onderzoek; eerder aangedaan kind? ☐ja ☐nee*. Indien ja, informatie /ref.nr. geven in toelichting.
☐ Anders:

TOELICHTING / ANAMNESE / STAMBOOM (extra ruimte z.o.z.)**:**

IN TE VULLEN DOOR PATIENTENSECRETARIAAT:

…-nummer:
…-nummer:
Familienummer:
Gen / Miracle code:

Datum ontvangst: Paraaf ontvangst:
Hoeveelheid ontvangen bloed/chorionvlokken/vruchtwater:
Declarabel:
Paraaf staf: