

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

* **verplichte velden**

patiëntsticker / volledig invullen

Postadres:

LDGA
LUMC - gebouw 2, Postzone S-06-P
Eindhovenweg 20, 2333 ZC Leiden

Secretariaat:

Tel. : 0715269800
Fax : 0715268276
Email : ldga@lumc.nl
Website : www.lumc.nl/klingen

PROCEDURE: Minstens 3 dagen voor bloedafname aanvraag melden bij het laboratorium via LDGA@lumc.nl.
contactpersoon op het laboratorium : dd

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

MATERIAAL: RNA ONDERZOEK: 1 buis lithium-heparinebloed (5 ml). NB: **alleen in overleg** met het laboratorium kan een
'PAXgene Blood RNA' buis worden ingestuurd.

TRANSPORT: Bij **kamertemperatuur** op 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.

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

PATIENTENINFORMATIE: Graag meegeven aan patiënt, deze is te vinden op <https://www.lumc.nl/org/klinische-genetica/patientenzorg/aanvragen-laboratoriumdiagnostiek/>

Voor uitslagtermijnen diagnostiek, onze geldende criteria voor laboratoriaanvragen en openingstijden, zie website.

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)

anders:

Onze ref:

GEN(EN) / ONDERZOEK:

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

Bekende mutatie/variant: ja, nl:

Datum bloedprikken:

Tijd:

NEE

JA (patiënt zelf)

JA (familieleden, tabel invullen)

Familienummer (F-nr):

OVERIGE KLINISCHE INFORMATIE en/of stamboom :

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:

Materiaal en aantal: bloed/anders

Familienummer: