

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

Patientensticker/ volledig invullen

Postadres:
 LDGA
 LUMC - gebouw 2, Postzone S-06-P
 Einthovenweg 20, 2333 ZC Leiden
 Postbus 9600, 2300 RC Leiden
Secretariaat:
 Tel. : 0715269800
 Fax : 0715268276
 Email : ldga@lumc.nl
 Website : www.lumc.nl/klingen / www.hbpinfo.com

* VERPLICHTE VELDEN

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.
FORMULIER: Volledig invullen s.v.p. (per persoon één formulier).
PATIËNTENINFORMATIE: 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 laboratoriumaanvragen en openingstijden, zie website.

AANVRAGEND ARTS : AGB code :
 Indien arts-assistent, naam supervisor:
 Zh/instelling : Afdeling/specialisme:
 Adres : Telefoon :
 Postcode / Plaats : Uw ref nr :
 Datum van afname : 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 Nee Ja, d.d.		Land van herkomst (i.v.m. genfrequentie)			Familiäre Symptomatologie		

INDICATIES:

<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> HbP in de familie <input type="radio"/> Partner van HbP drager: Naam partner: <input type="radio"/> Persisterende microcytaire anemie met normale ijzer parameters <input type="radio"/> Microcytair bloedbeeld met of zonder anemie <input type="radio"/> (Voorbereidend) prenataal onderzoek; eerder aangedaan kind? <input type="radio"/> Anders: 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Familieonderzoek en genotypering n.a.v. resultaten hielpriek <input type="radio"/> Anemie/Hemolyse e.c.i. <input type="radio"/> Cyanose/Polyglobulie e.c.i. <input type="radio"/> Hydrops foetalis e.c.i. <input type="radio"/> Afkomstig uit land met hoge dragerschaps-frequentie <input type="radio"/> ja nee*. Indien ja, informatie /ref.nr. geven in toelichting.
---	--

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

IN TE VULLEN DOOR PATIENTENSECRETARIAAT:

...-nummer:	Datum ontvangst:	Paraaf ontvangst:
...-nummer:	Hoeveelheid ontvangen bloed/chorionvlokken/vruchtwater:	
Familienummer:	Declarabel:	
Gen / Miracle code:	Paraaf staf:	