



Aanvraagformulier postnataal Array-CGH onderzoek

Persoonsgegevens / Ruimte voor ponsplaatje

BSN nummer
Naam
Adres
Telefoon
Geboortedatum
Geslacht
Ziektekostenverzekeraar
Verzekeringsnummer
Huisarts
Adres
Indien afwijkend, declaratie op naam van.....

AFDELING GENETICA
SECTIE GENOOMDIAGNOSTIEK



REGISTRATIENUMMER: R097

POSTADRES:

POSTBUS 30.001
9700 RB GRONINGEN (HUISPOSTCODE: CB51)

AFLEVERADRES VOOR KOERIERS:

OOSTERSINGEL, INGANG 47, KAMER E2.030

BUISPOSTSTATION: NR. 3111

SECRETARIAAT:

TEL 050-3617233

FAX 050-3617231

MONSTERONTVANGST@MEDGEN.UMCG.NL

WEBSITE: WWW.UMCGENETICA.NL

Per persoon 1 formulier volledig invullen

Aanvrager

Naam :	Datum aanvraag :
Afdeling :	Telefoon / sein :
Ziekenhuis :	Email adres :
Adres :	Uw referentie :
Postcode / Plaats :	Kopie uitslag naar :

Dit formulier is voor alle aanvragen met indicatie ontwikkelingsachterstand en/of aangeboren afwijkingen

(inclusief familieleden). Voor aanvraagformulieren bij andere indicaties zie www.umcgenetica.nl

Relevante stamboom en klinische gegevens vermelden op pagina 2.

MATERIAAL

Monsters duidelijk voorzien van **naam, geslacht en geboortedatum**.

Zonder volledige gegevens kunnen de monsters **niet geaccepteerd** worden. Transporteren in een daarvoor geschikte container. Monsters kunnen bij kamertemperatuur verstuurd worden, tot verzending in de koelkast (+4 °C) bewaren. Weefsels steriel afnemen en verzenden in kweekmedium of steriel fysiologische zoutoplossing. **Niet** ontsmetten met jodium maar met alcohol of chloorhexidine. Op vrijdag accepteren wij alleen spoedgevallen na voorafgaand telefonisch overleg.

Bij **vragen of onduidelijkheden** kunt u ons telefonisch bereiken via het secretariaat.

- Bloed (10 ml EDTA; 3-5 ml bij pasgeborenen/kleine kinderen)
- Weefsel
- DNA

VRAAGSTELLING

- Onderzoek naar chromosoomafwijking(en)
- Vervolgonderzoek bij familieleden (i.v.m. bekende chromosoomverandering in familie)
- Array CGH ouders bij prenatale array CGH (ivm echoafwijkingen bij de foetus)

SPOED (uitsluitend na overleg)

- Betrokkene wil **niet** geïnformeerd worden over bijkomende toevallsbevindingen (zie folder chromosomenonderzoek, te downloaden via www.umcgenetica.nl).
- Betrokkene geeft **geen** toestemming voor anoniem gebruik van DNA voor het ontwikkelen van nieuwe of het verbeteren van bestaande technieken (zie de toelichting bij het indienen van aanvragen: www.umcgenetica.nl).

FAMILIEGEGEVENS

Is er al een chromosoomverandering bekend?

- Nee
- Ja, namelijk.....

Graag met naam en geb. datum aangeven op pag. 2

Dossiernummer :.....

In te vullen door de Genoomdiagnostiek

Monsterontvangst <input type="checkbox"/> BL <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> AP <input type="checkbox"/> TR Hoeveelheid:	Datum binnenkomst	Paraaf labcontrole	Dossiernummer
	Paraaf acceptatie	Paraaf invoer	Materiaalnummer

<p>Perinataal</p> <p><input type="checkbox"/> Prematuriteit (..... wkn)</p> <p><input type="checkbox"/> IUGR</p> <p><input type="checkbox"/> Oligohydramnion</p> <p><input type="checkbox"/> Polyhydramnion</p> <p><input type="checkbox"/> Overig:</p> <p>_____</p> <p>Groei</p> <p><input type="checkbox"/> Failure to thrive</p> <p><input type="checkbox"/> Kleine lengte (- ____ SD)</p> <p><input type="checkbox"/> Overgroei</p> <p><input type="checkbox"/> Microcefalie (- ____ SD)</p> <p><input type="checkbox"/> Macrocefalie (+ ____ SD)</p> <p><input type="checkbox"/> Overig:</p> <p>_____</p> <p>Ontwikkeling, niveau, gedrag</p> <p><input type="checkbox"/> Ontwikkelingsachterstand (OA)</p> <p><input type="checkbox"/> Motorische OA</p> <p><input type="checkbox"/> Spraak-/taalachterstand</p> <p><input type="checkbox"/> Leerproblemen</p> <p><input type="checkbox"/> Mentale retardatie</p> <p>licht/matig/(zeer)ernstig</p> <p>IQ: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Autisme spectrum stoornis</p> <p>PDD-NOS</p> <p>Asperger syndroom</p> <p><input type="checkbox"/> ADHD</p> <p><input type="checkbox"/> Overig:</p> <p>_____</p> <p>Visusstoornis/oogafwijking</p> <p><input type="checkbox"/> Myopie (S- __/- __)</p> <p><input type="checkbox"/> Hypermetropie (S+ __/+ __)</p> <p><input type="checkbox"/> Strabismus</p> <p><input type="checkbox"/> Cataract</p> <p><input type="checkbox"/> Overig:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Gehoorstoornissen</p> <p><input type="checkbox"/> Geleidingsverlies</p> <p><input type="checkbox"/> Perceptieverlies</p> <p><input type="checkbox"/> Gemengd gehoorverlies</p> <p>_____</p> <p>Ingevoerd: paraaf datum</p> <p>_____</p>	<p>Neurologische afwijkingen</p> <p><input type="checkbox"/> Hypotonie</p> <p><input type="checkbox"/> Spasticiteit</p> <p><input type="checkbox"/> Ataxie</p> <p><input type="checkbox"/> Epilepsie</p> <p><input type="checkbox"/> Overig:</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> MRI/CT afwijkingen</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Hartafwijkingen</p> <p><input type="checkbox"/> ASD</p> <p><input type="checkbox"/> VSD</p> <p><input type="checkbox"/> AVSD</p> <p><input type="checkbox"/> Hypoplastisch linker hart</p> <p><input type="checkbox"/> Coarctatie aorta</p> <p><input type="checkbox"/> Pulmonaalstenose</p> <p><input type="checkbox"/> Tetralogie van Fallot</p> <p><input type="checkbox"/> Overig:</p> <p>_____</p> <p>Craniofaciale dysmorphieën</p> <p><input type="checkbox"/> Craniosynostose</p> <p><input type="checkbox"/> Fontanel te groot/te klein</p> <p><input type="checkbox"/> Hypertelorisme</p> <p><input type="checkbox"/> Telecanthus</p> <p><input type="checkbox"/> Epicanthus</p> <p><input type="checkbox"/> Up-/downslant oogspelen</p> <p><input type="checkbox"/> Colobomen</p> <p><input type="checkbox"/> Overige dysmorphieën:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Borst/buik/rug</p> <p><input type="checkbox"/> Pectus excavatum/carinatum</p> <p><input type="checkbox"/> Scoliose</p> <p><input type="checkbox"/> Sacrale dimpel</p> <p><input type="checkbox"/> Wervelafwijkingen</p> <p><input type="checkbox"/> Overig:</p> <p>Huid/haren/nagels</p> <p>Benoem afwijkingen:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Extremititeiten</p> <p><input type="checkbox"/> Polydactylie</p> <p><input type="checkbox"/> Syndactylie</p> <p><input type="checkbox"/> Contracturen</p> <p><input type="checkbox"/> Klompvoeten</p> <p><input type="checkbox"/> Overig:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Gastrointestinaal</p> <p><input type="checkbox"/> Schisis lip/kaak/gehemelte</p> <p><input type="checkbox"/> Tracheooesofageale fistel</p> <p><input type="checkbox"/> Omfalocèle</p> <p><input type="checkbox"/> Ziekte van Hirschsprung</p> <p><input type="checkbox"/> Anusatresie</p> <p><input type="checkbox"/> Overig:</p> <p>_____</p> <p>Urogenitaal</p> <p><input type="checkbox"/> Nierafwijking: _____</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Ambigue genitaal</p> <p><input type="checkbox"/> Cryptorchisme</p> <p><input type="checkbox"/> Hypospadie</p> <p><input type="checkbox"/> Overig:</p> <p>_____</p> <p>Endocrien/metabool/immunologisch/bloed</p> <p>Benoem afwijking:</p> <p>_____</p> <p>Oncologie</p> <p>Benoem afwijkingen</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Bijzonderheden familieanamnese/stamboom</p>
--	---	---