

AANVRAAGFORMULIER VOOR RISICOBEREKENING VAN DOWN-SYNDROOM EN NTD

Afnametijdstip bloedname : 1° trimester : 9w – 13w6d
(Echografie voor risicoberekening: CRL steeds tussen 38 en 84 mm)
2° trimester en NTD : 14w – 20w

Administratieve gegevens

Vignet kleven of invullen in drukletters a.u.b.

Naam patiënt (vrouw) : _____

Straat & nr. : _____

Postnr. & woonplaats : _____

Geboortedatum : __/__/____

Titularis : _____

Mutualiteit : _____

Inschrijvingsnr. : _____

Code gerechtigde : KG1 : _____ KG2 : _____

Kopie aan Dr. : Aantal extra kopieën : Uw referentie :

Klinische gegevens

1. Datum bloedafname / / (dag, maand, jaar)

2. Verwachte bevallingsdatum / / (dag, maand, jaar)

3. Eerste dag van de laatste menstruatie / / (dag, maand, jaar)

4. Echografie

a. datum echografie (*) / / (dag, maand, jaar)

b. aantal foetussen

c. de echografische zwangerschapsduur op datum van echografie , (weken, dagen)

d. CRL - meting (*) (mm)

Opgelet: Voor gecombineerde risicoberekening met NT dient CRL steeds tussen 38 en 84 mm te zijn!

e. dikte van de nekplooi (NT) (*) , (mm)

f. neusbeen aanwezig afwezig niet beoordeelbaar

(*) Gegevens verplicht bij een eerste trimester screening !

5. Klinische informatie

a. gewicht op de dag van bloedname (kg)

b. roker neen ja

c. IDDM (diabetes) neen ja

d. IVF, ovulatie inductie neen ja

e. ras kaukasisch Afrikaans Aziatisch

f. eerdere Trisomie 21 zwangerschap neen ja

Analysen

1e TRIMESTER

(267)

3991 Vrije β -HCG

3993 PAPP-A

2e TRIMESTER + NTD

(888)

9700 AFP

9701 Oestriol

9702 HCG

Stempel (met RIZIV-nr.), datum en handtekening