

**Gegevens van de patiënt :**

- Indien patiënt in het ziekenhuis UVC Brugmann, kleef dan hier het WISH-etiket  
 - Indien geen patiënt in het ziekenhuis UVC Brugmann, plak dan hier een klever van het ziekenfonds of vul de velden hieronder aan:

Naam .....

Voornaam .....

Geboortedatum ..... / ..... / ..... Tel : .....

Adres .....

Postcode ..... Stad .....

INSZ :

Ziekenfonds :  ja  nee

Ziekenfonds:

.....

.....

**Voorschrijver**

Datum en uur van het voorschrift : ..... / ..... / ..... ; ..... uur .....

Wijze van overdracht van de resultaten :  eHealth Box  Post

Anders : .....

Kopie van de resultaten aan (naam, voornaam en adres) : .....

.....

.....

*Ik bevestig dat ik mijn patiënte volledig heb geïnformeerd over de details, mogelijkheden en beperkingen van de test(s). De patiënte geeft haar volledige toestemming voor deze test(s). (Verplichte handtekening van de patiënte- Zie toestemming op de achterzijde)*

Stempel – Handtekening :

## Analysevraag NIET-INVASIEVE PRENATALE TEST (NIPT) trisomie 21,18 en 13



Contact : ☎ 02/477 28 78 ✉ [LMF@chu-brugmann.be](mailto:LMF@chu-brugmann.be)

**ANALYSES**

2350  Prenatale test (T21, T18, T13)

**Wil ik het geslacht van mijn ongeboren baby kennen?**

RC70  ja  nee

**Collectie van 2 Streck buizen (Min. 2 x 8,4 mL bloed)**

*Opslag op een donkere plaats bij kamertemperatuur*

*Niet bevriezen!*

*Aankomst in het laboratorium maximaal 4 dagen na collectie*

*Vervoer tussen 5 en 35°C*

**Staalafnemer**

Naam : .....

**Datum en uur** van de staalafname :

..... / ..... / ..... ; ..... uur .....

De gezondheidsprofessional die het staal afneemt respecteert de handleiding voor de staalafname in de versie die van toepassing is, beschikbaar op het internet: <http://www.chu-brugmann.be/sitesq/homesys.asp>

Protocolnummer laboratorium

(GLIMS- etiket)

**GEGEVENS VAN DE MOEDER**

RC71

**Gewicht van de moeder (kg) :** ..... **Lengte (cm) :** .....

**Echografie :**

• Technische voorwaarden :  Goed  Gemiddeld  Slecht

• Datum van de echografie : ..... / ..... / .....

• Onderzoeker : .....

• Meting van de CRL (mm) : .....

• ZD (min 10 W) : .....

• Meting van bipariëtale diameter (mm) : .....

• Aantal foetussen :  1  2

Bij een tweeling,

Bichoriaal  Monochoriaal  Vanishing twin

**Vermoedelijke bevallingsdatum :** ..... / ..... / .....

**In vitro fertilisatie :**  ja  nee

Indien ja : donatie ovocytten  ja  nee

Indien ja : leeftijd van de donor : ..... jaar

**Echografische signalen suggereren een afwijking:**

Afwezig  Aanwezig : .....

.....

**Inname van een medicamenteuze behandeling op basis van**

**heparine :**  nee  ja : .....

**ANTECEDENTEN**

G : ..... P : ..... FC : ..... Zwangerschapsonderbreking :  Medische : .....  Vrijwilliger : .....

Eerdere zwangerschappen met chromosomale afwijking  nee  ja : .....

RC72 Familiale of persoonlijke antecedenten van genetische aandoeningen  nee  ja : .....

Antecedenten van transfusie, kanker, transplantatie, stamceltherapie  nee  ja : .....

Overige informatie : .....

## TOESTEMMING PATIËNT

Een Niet-Invasieve Prenatale Test of NIPT is een screeningstest waarbij het celvrije foetale DNA (of 'cffDNA') in het bloed van de moeder wordt geanalyseerd. De test helpt het risico op genetische afwijkingen te bepalen (trisomie 21, 18 en 13) bij de foetus, en indien gewenst, om het geslacht van de foetus te bepalen.

In België wordt de test terugbetaald vanaf 12 weken. Omdat het Riziv geen voorkeursregeling heeft, bedraagt de persoonlijke bijdrage (remgeld) € 8,68.

De NIPT is niet geschikt voor patiënten die een beenmerg- of orgaantransplantatie hebben ondergaan. Deze test is ook niet aangewezen als de nekplooiemeting bij een echografie in het eerste trimester  $\geq 3,5$  mm bedraagt. De prenatale test is niet bedoeld of gevalideerd om mozaïcisme, gedeeltelijke trisomie of translocaties te diagnosticeren of op te sporen. Bepaalde zeldzame biologische omstandigheden kunnen de precisie van de test ook beïnvloeden.

Het resultaat van de NIPT-test mag niet als een diagnose worden beschouwd. De NIPT-test is wel erg betrouwbaar, maar niet voor 100 %. Dit geldt ook voor het geslacht van de foetus. Het geeft een indicatie voor het risico op trisomie 21, 18 en 13 bij de baby, namelijk :

Een **“LAAG RISICO”** wil zeggen dat het risico dat de baby trisomie 21, 18 en 13 heeft, klein is. Dit wil ook zeggen dat het risico op trisomie 21, 18 en 13 niet volledig kan worden uitgesloten.

Een **“HOOG RISICO”** betekent dat het risico groter is, maar de diagnose moet nog altijd worden bevestigd met een test, namelijk een vlokcentest of een vruchtwaterpunctie. De keuze voor een invasieve ingreep gebeurt in functie van het soort resultaat 'HOOG RISICO', en of er al dan niet tekens zijn op de echografie. Dit wordt dus geval per geval besproken met de specialist foetale geneeskunde.

De resultaten van tweelingzwangerschappen geven de mogelijkheid weer dat minstens een van de foetussen lijdt aan de aandoening. De resultaten 'jongen' zijn van toepassing op een van de foetussen of op beide, de resultaten 'meisje' op de twee foetussen. Maar een beperkt aantal gevallen van aneuploidie bij tweelingzwangerschappen en met ovocytendonatie zijn geëvalueerd omdat deze omstandigheden zeldzaam zijn.

In zeldzame gevallen kan er geen resultaat worden verkregen met het eerste staal als niet aan de kwaliteitscriteria voor het afgenomen staal voor een betrouwbaar resultaat is voldaan. Er wordt dan een nieuwe bloedafname voorgesteld zonder extra kosten.

U stemt ermee in om deel te nemen aan anonieme studies voor ontwikkeling en validatie in het laboratorium. U erkent en geeft toestemming dat eens de test(s) van uw keuze is/zijn uitgevoerd, uw persoonsgegevens (inclusief maar niet beperkt tot de informatie in het aanvraagformulier voor de test(s) en de resultaten van de test(s)), en het resterende niet-gebruikte deel van uw staal, dat gedurende meer dan 60 dagen kan worden bewaard, mogen worden gebruikt in anonieme vorm in studies in het laboratorium voor validatie, ontwikkeling van processen en/of kwaliteitscontroles. Ik wil mij hiertegen verzetten, dus ik vink dit vakje aan .

**Met mijn handtekening op dit formulier bevestig ik dat de geïnformeerde toestemming hierboven heb gelezen of dat ze aan mij is voorgelezen. Ik begrijp de voorwaarden van de geïnformeerde toestemming en geef het laboratorium toestemming om de geselecteerde tests uit te voeren. Ik ben op de hoogte gebracht over de mogelijkheden en de beperkingen van deze test. Ik heb de kans gehad om vragen te stellen en de mogelijkheden, beperkingen en mogelijke risico's van de test(s) te bespreken met mijn arts of een officieel vertegenwoordiger van mijn arts. Ik weet dat ik, als ik dat wil, een genetische raadpleging kan krijgen bij een professional voordat ik deze toestemming teken.**

PATIËNT

Naam:  
Voornaam:  
Datum:  
Handtekening:

ARTS/CLINICUS

Stempel van de arts: