

(nummering voorbehouden voor labo)

## AANVRAAGFORMULIER SCREENING VOOR DOWNSYNDROOM EN NEURAAAL BUISDEFFECT

### ADMINISTRATIEVE INLICHTINGEN

Referentienummer: .....  
Naam: ..... Voornaam: .....  
Adres: ..... INSZ: .....  
Geboortedatum: ..... / ..... / ..... Geslacht: M / V

(klever mutualiteit)

### GELIEVE HET INFORMED CONSENT TE LATEN TEKENEN OP ACHTERZIJDE

Aanduiden a.u.b.:  1<sup>e</sup> trimester (9,0 - 13,3 w/d)  2<sup>e</sup> trimester (13,4 - 20,0 w/d)

Datum afname bloedstaal: ..... / ..... / .....

Gewicht (op moment van bloedafname): ..... kg

Zwangerschapsduur bij bloedafname: ..... w ..... d

Verwachte bevallingsdatum: ..... / ..... / .....

Inseminatie/ivf/ovulatie-inductie:  ja  nee

Datum echo: ..... / ..... / ..... zwangerschapsduur bij echo: ..... w ..... d

Bij echo tussen 11-14 weken!

CRL: ..... mm. (\*) NT: ..... mm. (\*)  
CRL2: ..... mm. (\*) NT2: ..... mm. (\*)  
(NT= dikte foetale nekplooi)  
(\*)verplicht bij 1ste trimester-screening

Neusbeen:  ja  nee  niet beoordeelbaar  
Neusbeen:  ja  nee  niet beoordeelbaar  
Chorioniciteit:  DCDA  MCDA  MCMA  
(bij tweeling-zwangerschap)

Aantal foetussen: .....

### FAMILIALE GESCHIEDENIS:

Open neuraal buisdefect:  ja  nee  
Down's syndroom:  ja  nee  
Andere: .....

### PATIËNTGEGEVENS:

Bloedverlies tijdens de zwangerschap:  ja  nee

Diabetes (type 1):  ja  nee

Ras: .....

Roken:  ja  nee

### Aangevraagde analyses:

1<sup>ste</sup> trimester-screening:  PAPP-A  free  $\beta$ -HcG  
2<sup>de</sup> trimester-screening:  HcG  AFP  ESTRIOL (vrij)

Kopij aan: Datum: ..... / ..... / 2.....

1) ..... Aanvragende geneesheer:  
2) ..... Handtekening

## INFORMED CONSENT:

---

Hiermee bevestig ik ..... (naam patiënt)  
dat ik op ...../...../..... (datum)  
door dokter ..... (naam verantwoordelijke arts)

werd ingelicht omtrent screening naar Syndroom van Down door middel van de Combinatietest.  
Ik kreeg de mogelijkheid om vragen te stellen en kreeg ondermeer uitleg over de hierna volgende gegevens, die ik na het gesprek met de arts heb kunnen lezen.

Ik heb begrepen dat :

- De combinatietest een screeningstest is die bestaat uit een bloedafname en een echografisch onderzoek;
- het uitvoeren van de combinatietest op zich geen risico inhoudt voor mij, noch voor mijn ongeboren kind;
- het uitvoeren van de combinatietest mijn volledige vrije keuze is en me niet kan worden opgedrongen door andere personen, noch door de arts;
- de combinatietest enkel een test is voor het syndroom van Down op te sporen, en niet voor andere afwijkingen;
- de combinatietest een inschatting van het risico op syndroom van Down geeft, en me dus geen zekerheid geeft of mijn kind al dan niet de ziekte heeft;
- de kans dat de combinatietest bij mij een verhoogd risico aantoont, ongeveer 5% is;
- mij bij een verhoogd risico de mogelijkheid tot een vlokentest of vruchtwaterpunctie (met een miskraamrisico van 1/200) zal worden aangeboden.

Datum en handtekening patiënte

Handtekening, naam en stempel arts