

AANVRAAG DNA DIAGNOSTIEK erfelijke dyslipidemie (VOOR ARTS)

De **patiënt(e)** dient het afzonderlijke aanvraagformulier op pag. 3 en 4 in te vullen. De aanvraag kan alleen in behandeling worden genomen als beide formulieren ingevuld en ondertekend zijn.

Patiënt

geboortenaam + initialen	(m/v)	BSNummer	
event. naam partner		zorgverzekeraar	
geboortedatum		polisnummer	
adres		patiëntnummer	
postcode en woonplaats			
telefoon			

Aanvrager/arts

naam + initialen	(m/v)	email	
ziekenhuis / praktijk		telefoon	
afdeling / adres		handtekening	
kopie resultaat naar			

Onderzoeksaanvraag

<input type="radio"/>	bevestigen/uitsluiten klinische diagnose erfelijke dyslipidemie:		
	<input type="radio"/> Familiaire Hypercholesterolemie (hoog LDL-cholesterol) <input type="radio"/> Familiaire Hypo-alfalipoproteïnemie (laag HDL-cholesterol) <input type="radio"/> Familiaire Hyper-alfalipoproteïnemie (hoog HDL-cholesterol) <input type="radio"/> Familiaire Hypertriglyceridemie (hoog triglyceriden) <input type="radio"/> ApoE-genotypering bij verdenking dysbetalipoproteïnemie		
<i>Voor alle complexe DNA aanvragen voor FH wordt het Next Gen Sequencing pakket van 29 genen geanalyseerd. Voor de complete lijst van genen, zie http://www.leefh.nl/zorgprofessionals/dna-onderzoek.</i>			
<input type="radio"/>	screening op bekende mutatie in de familie :	mutatie:	
	naam + geboortedatum onderzochte familieleden	1.	
		2.	

IN TE VULLEN DOOR MEDEWERKERS DNA-LABORATORIUM :

Type ontvangen materiaal:	datum binnenkomst	aanvraagnummer DA		familienummer FF
Hoeveelheid:	paraaf ontvangst	paraaf registratie	paraaf acceptatie (LKG)	DNA nummer D

Medische gegevens

cholesterolwaarden

medicatie

onbehandeld	<input type="radio"/> NEE	<input type="radio"/> JA	cholesterolverlagende medicatie	<input type="radio"/> NEE
datum meting				<input type="radio"/> JA :
TC (hoogst gemeten)		mmol/l	medicatie	
LDL – cholesterol		mmol/l	1.	
HDL – Cholesterol		mmol/l	dosis:	sinds:
triglyceriden		mmol/l	2.	
apolipoproteïne A1		g/l	dosis:	sinds:
apolipoproteïne B		g/l		
lipoproteïne (a)		mg/l		

klinische verschijnselen

Xanthomen	<input type="radio"/> NEE	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> ONBEKEND	PTCA	<input type="radio"/> NEE	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> ONBEKEND
Arcus Lipoïdes	<input type="radio"/> NEE	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> ONBEKEND	CABG	<input type="radio"/> NEE	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> ONBEKEND
Xanthelasmata	<input type="radio"/> NEE	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> ONBEKEND	Claudicatio	<input type="radio"/> NEE	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> ONBEKEND
Hartinfarct	<input type="radio"/> NEE	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> ONBEKEND	CVA	<input type="radio"/> NEE	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> ONBEKEND
Angina Pectoris	<input type="radio"/> NEE	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> ONBEKEND	Overig:			

secundaire dyslipidemie

Hypothyreoïdie	<input type="radio"/> NEE	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> ONBEKEND	Diabetes Mellitus	<input type="radio"/> NEE	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> ONBEKEND
Proteinurie	<input type="radio"/> NEE	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> ONBEKEND	BMI verhoogd	<input type="radio"/> NEE	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> ONBEKEND
Leverfunctie stoornissen	<input type="radio"/> NEE	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> ONBEKEND	Calorie/vetrijk dieet	<input type="radio"/> NEE	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> ONBEKEND
Hormoongebruik	<input type="radio"/> NEE	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> ONBEKEND	Overmatig alcoholgebruik	<input type="radio"/> NEE	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> ONBEKEND

Materiaal voor dit onderzoek

Om voldoende DNA te kunnen isoleren, hebben wij 12 ml (2x 6 ml) EDTA bloed nodig (jonge kinderen 2 x 4 ml).

Herkomst EDTA bloed: venapunctie
 navelstrengbloed (NB: ook bloedmonster van moeder meesturen)

afnamedatum: _____

Dit ingevulde en ondertekende formulier (4 pagina's) en de 2 bloedbuizen (met daarop naam + geboortedatum patiënt, niet gekoeld en verpakt volgens de wettelijke norm UN 3373) opsturen naar :

Amsterdam UMC – locatie AMC - afdeling Klinische Genetica
Postkamer, H01-114
Antwoordnummer 466
1100 WC AMSTERDAM

Voorwaarden aanvragen Laboratoria Klinische Genetica (zie ook dnadiagnostiek.amc.nl of www.leefh.nl)

AANVRAAG DNA DIAGNOSTIEK erfelijke dyslipidemie (VOOR PATIENT)

De **(huis)arts** dient het afzonderlijk aanvraagformulier op pag. 1 en 2 in te vullen. De aanvraag kan alleen in behandeling worden genomen als beide formulieren ingevuld en ondertekend zijn.

Patiënt

geboortenaam + initialen	(m/v)	roepnaam	
event. naam partner			
geboortedatum		telefoon (06)	
adres		email	
postcode en woonplaats			
<hr/>			
lengte			
gewicht			
rookt u?		per dag:	wanneer gestopt:
gebruikt u alcohol?		per dag:	glazen

bent u bekend met ...

gebruikt u medicatie?

sinds wanneer?

overgang	<input type="radio"/> NEE	<input type="radio"/> JA		
schilddklierproblemen	<input type="radio"/> NEE	<input type="radio"/> JA		
leverproblemen	<input type="radio"/> NEE	<input type="radio"/> JA		
nierproblemen	<input type="radio"/> NEE	<input type="radio"/> JA		
hoge bloeddruk	<input type="radio"/> NEE	<input type="radio"/> JA		
suikerziekte	<input type="radio"/> NEE	<input type="radio"/> JA		
depressie	<input type="radio"/> NEE	<input type="radio"/> JA		

Familiegegevens

Uw biologische vader	voornamen	achternaam	geboortedatum	sterfdatum
Bekend met hoog cholesterol?		<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEE	
Bekend met hart- en vaatziekten?		<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEE	
Biologische moeder	voornamen	meisjes achternaam	geboortedatum	sterfdatum
Bekend met hoog cholesterol?		<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEE	
Bekend met hart- en vaatziekten?		<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEE	
Heeft u kinderen?	<input type="radio"/> NEE	<input type="radio"/> JA	aantal zonen :	dochters :
Broers en zussen?	<input type="radio"/> NEE	<input type="radio"/> JA	aantal broers :	zussen :
Heeft er bij familieleden al (FH) DNA-diagnostiek plaatsgevonden?		<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEE	<input type="radio"/> ONBEKEND

naam + geb.datum onderzochte familieleden	1.
	2.
Waar komt uw familie oorspronkelijk vandaan? (land, streek en/of stad)	

Toestemming en verklaring

Ik geef toestemming om voorgaande persoonlijke en gezondheidsgegevens te delen met Stichting LEEFH.

Akkoord JA NEE

Indien u hier JA hebt ingevuld kunt u hieronder per onderdeel aangeven voor welk doel uw gegevens wel of niet gebruikt mogen worden.

Ik geef toestemming voor het verwerken van mijn persoonsgegevens door Stichting LEEFH voor de volgende persoonsgegevens en doeleinden:

dat LEEFH mijn naam, geboortedatum, contactgegevens en gezondheidsgegevens gebruikt om mij de uitslag van het DNA-onderzoek te verstrekken en indien een DNA-mutatie geconstateerd is om met mij het vervolg en verder onderzoek in mijn familie te bespreken;

JA NEE

dat LEEFH mijn gegevens, inclusief gegevens over naaste familie en stamboom opslaat in een beveiligde database waardoor potentiële FH patiënten (waaronder familieleden) in de toekomst sneller geholpen kunnen worden;

JA NEE

dat LEEFH mijn gegevens opslaat in een beveiligde database om gebruikt te kunnen worden voor wetenschappelijk onderzoek naar erfelijke factoren die het ontstaan of verloop van hart- en vaatziekten beïnvloeden; wij verstrekken hiervoor alleen anonieme gegevens;

JA NEE

dat LEEFH contact met mij op kan nemen om toestemming te vragen voor andere (niet anonieme) onderzoeken naar erfelijke hart- en vaatziekten.

JA NEE

Ondergetekende

- heeft de gelegenheid gekregen vragen te stellen over het DNA-onderzoek;
- weet dat, indien hij/zij het eerste familielid is waarbij DNA-onderzoek wordt gedaan, er een uitgebreid onderzoek naar 29 genen (die een afwijkend cholesterol kunnen veroorzaken) wordt uitgevoerd;
- weet dat de aanvragend arts via het Amsterdam UMC afd. Klinische Genetica de uitslag ontvangt;
- weet dat hij/zij schriftelijk van Stichting LEEFH de bevestiging en de uitslag van het **FH** DNA onderzoek krijgt;
- weet dat zijn/haar zorgverzekeraar de kosten van het DNA onderzoek in rekening brengt ten laste van het eigen risico;
- heeft kennis genomen van het privacy statement van Stichting LEEFH, te vinden op www.leefh.nl;
- weet dat hij/zij toestemming voor één of meerdere verwerkingen van persoonsgegevens te allen tijde kan intrekken door contact op te nemen met Stichting LEEFH (020-6971014 of info@leefh.nl).

Datum	<input type="text"/>	Handtekening	<input type="text"/>
Naam patiënt	<input type="text"/>	(getekend door : <input type="radio"/> patiënt <input type="radio"/> ouder <input type="radio"/> voogd)	