

AANVRAAGFORMULIER DNA – DIAGNOSTIEK
voor erfelijke dyslipidemie

patiëntgegevens (of afslagplaatje / sticker)

naam:	meisjesnaam:
voorletters:	
geboortedatum:	geslacht: man / vrouw
adres:	
postcode en woonplaats:	tel. nr:
zorgverzekeraar en polisnr:	
patiëntnummer:	
BSN:	

gegevens aanvrager

naam:
ziekenhuis:
afdeling:
adres:
postcode en plaats:
tel nr:

aanvraag voor

<input type="checkbox"/> Familiaire Hypercholesterolemie (hoog LDL) <input type="checkbox"/> Familiaire Hyperalfaproteïnemie (hoog HDL) <input type="checkbox"/> Familiaire Hypoalfaproteïnemie (laag HDL) <input type="checkbox"/> Familiaire Hypertriglyceridemie (hoog triglyceriden) <input type="checkbox"/> Apo-E genotypering bij verdenking op dysbetalipoproteïnemie <input type="checkbox"/> anders.....

informed consent (invullen door patiënt)

<p>Hierbij geef ik toestemming om DNA van mij te bewaren en om hierin zo mogelijk een aandoening met betrekking tot het lipoproteïnemetabolisme of atherosclerose (aderverkalking) op te sporen. Voor mijn eigen belang of in het belang van mijn familieleden wil ik van mijn behandelend arts de uitslag vernemen.</p> <p align="center">ja / nee</p> <p>Mocht er sprake zijn van een erfelijke stoornis, dan mogen mijn gegevens worden doorgegeven aan de Stichting Opsporing Erfelijke Hypercholesterolemie (StOEH). De StOEH voert sinds 2003 het bevolkingsonderzoek uit naar Familiaire Hypercholesterolemie in opdracht van het Ministerie van VWS. De StOEH mag contact met mij en mijn behandelend arts opnemen teneinde onderzoek in de familie voort te zetten.</p> <p align="center">ja / nee</p> <p>naam:..... handtekening:.....</p>
--

Experimentele Vasculaire Geneeskunde
Moleculaire Diagnostiek

DNA-nummer.....

Afname datum/tijd.....

aanvullende patiëntgegevens:

cholesterolwaarden en medicatie

totaal cholesterol.....mmol/L	medicatie: ja / nee
LDL-cholesterol.....mmol/L	sinds:.....
HDL-cholesterol.....mmol/L	soort medicatie.....
triglyceriden.....mmol/L	dosis.....
apolipoproteïne A1.....g/L	soort medicatie.....
apolipoproteïne B.....g/L	dosis.....
datum.....	
deze waarden zijn: <i>behandeld / onbehandeld</i>	

klinische verschijnselen

xanthomen	ja / nee	PTCA	ja / nee
arcus lipoides	ja / nee	CABG	ja / nee
xanthelasmata	ja / nee	claudicatio	ja / nee
hartinfarct	ja / nee	CVA	ja / nee
angina pectoris	ja / nee		

heeft er bij familieleden reeds DNA-diagnostiek plaatsgevonden? ja / nee

naam	geboortedatum	diagnose

waar komt de patiënt of zijn/haar familie oorspronkelijk vandaan? (land, streek of stad)

.....

Om voldoende DNA te kunnen isoleren, hebben wij 10 ml EDTA bloed nodig (2 x 5 ml). Dit kunt u ongekoeld en verpakt volgens de wettelijke norm (UN 3373) opsturen naar:

**Academisch Medisch Centrum
Experimentele Vasculaire Geneeskunde
G1-105
Antwoordnummer 191
1100 WC Amsterdam**

Verdere informatie over o.a. de werkwijze, aanvraagformulier en de opsporing van patiënten met FH vindt u op webpagina www.jojogenetics.nl en www.stoeh.nl
Wij zijn bereikbaar op telefoonnummer 020 - 5666528 / fax: 020 - 5669232