

Aanvraag DNA diagnostiek erfelijke dyslipidemie

Pagina 1 & 2 door arts in te vullen.

BELANGRIJK: Patiënt(e) dient in verband met eventueel familieonderzoek pagina 3 & 4 in te vullen en te tekenen.

Aanvraagformulier DNA-Diagnostiek

Amsterdam UMC, locatie AMC
Afdeling Klinische Genetica, laboratorium genoomdiagnostiek
Postbus 22660, 1100 DD AMSTERDAM

AFLEVERADRES MONSTERS:

Postkamer H01-114
Meibergdreef 9, 1105 AZ AMSTERDAM

BUITEN KANTOORUREN: afleveren bij LAKC, B1-114

Tel. nr AMC: (+31) (0)20 566 51 10
Tel. nr. LEEFH: (+31) (0)20 697 10 14
Fax nr AMC: (+31) (0)20 566 93 89

E-mail: kg-dna@amc.uva.nl / info@leefh.nl
Internet: <http://dnadiagnostiek.amc.nl>

DE VOLGENDE VELDEN VERPLICHT INVULLEN

BSNummer:

Naam patiënt(e):

Geboortedatum:

Geslacht: Man Vrouw

Adres:

Verzekering:

Verzekersnr:

GEGEVENS AANVRAGEND ARTS (DE VOLGENDE VELDEN VERPLICHT INVULLEN):

Aanvragend arts:

Ziekenhuis/praktijk:

Afdeling:

Adres:

Postcode + Woonplaats:

Telefoon/sein:

E-mail:

Kopie uitslag adres:

Aanvrager ontvangt graag via Stichting LEEFH per email bevestiging van ontvangst materiaal (informed consent p.4 dient ingevuld te zijn)

Is er al eens materiaal van een familielid ingestuurd naar het AMC: Ja Nee

Naam en/of D-nummer:

Geb. datum:

Relatie tot patiënt:

Familienummer (indien bekend): FF

VRAAGSTELLING:

Screenen specifieke (familiaire) variant (**gen + variant** melden):

- Bevestiging klinische diagnose (NGS-pakket 29 genen*)
- | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Familiaire hypercholesterolemie (hoog LDL-cholesterol) [1546] | <input type="checkbox"/> Familiare hypertriglyceridemie (hoog triglyceriden) [5336] |
| <input type="checkbox"/> Familiaire hypobetalipoproteïnemie (laag LDL-cholesterol) [5361] | <input type="checkbox"/> APOE-genotypering bij verdenking dysbetalipoproteïnemie [2024] |
| <input type="checkbox"/> Familiaire hypoalfalipoproteïnemie (laag HDL-cholesterol) [5363] | <input type="checkbox"/> Anders, namelijk <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Familiaire hyperalfalipoproteïnemie (hoog HDL-cholesterol) [1287] | |

*Voor de lijst van genen, zie <http://www.leefh.nl/zorgprofessionals/dna-onderzoek>

MATERIAAL VOOR DIT ONDERZOEK:

Duidelijk volledige NAAM, GEBOORTEDATUM en GESLACHT op de bloedbuizen vermelden.

- Bloed* DNA geïsoleerd uit: Anders namelijk:
- Veneus EDTA Navelstrengbloed PAX (RNA)

Afnamedatum:

*Als CNV-analyse in een NGS-pakket gewenst is, uitsluitend vers afgenomen EDTA-bloed insturen.

Per onderzoek is 2x 6-7 ml EDTA bloed nodig (paarse dop; nooit invriezen; géén 4 ml buizen gebruiken svp). Kleine kinderen 5-10 ml.

Duidelijk volledige NAAM, GEBOORTEDATUM en GESLACHT op de bloedbuizen vermelden. Bloedbuizen samen met dit ingevulde en ondertekende formulier op kamertemperatuur en verpakt volgens de wettelijke norm (UN 3373) opsturen naar bovenstaand adres.

Commerciële site, alleen ter informatie: <http://www.un3373.com/un3373-packaging/>
Zie ook: "Voorwaarden voor aanvragen laboratoria Klinische Genetica" via <http://dnadiagnostiek.amc.nl>

Ontvangen materiaal	Datum binnenkomst	Ruimte voor laboratorium etiketten
Paraaf materiaal (zie boven): Hoeveelheid:		

Zie voor informed consent pagina 4

Juli 2020 – Het formulier kan ook digitaal ingevuld en daarna uitgeprint en ondertekend worden

Aanvraag DNA diagnostiek erfelijke dyslipidemie

Door arts in te vullen

Medische gegevens

Lipidenwaarden (indien bekend en bij voorkeur onbehandeld)

Datum meting		
Waarden	/	
Totaal cholesterol		mmol/l
LDL-cholesterol		mmol/l
HDL-cholesterol		mmol/l
Triglyceriden		mmol/l
Apolipoproteïne A1		g/l
Apolipoproteïne B		g/l
Lipoproteïne (a)		mg/l

> Klik op wat van toepassing is, of omcirkel met pen

Eventuele lipiden-verlagende therapie op moment van meting lipidenprofiel		
	Medicatie	Dosis
1.		
2.		
3.		
4.		

klinische verschijnselen bij patiënt

Xanthomen	<input type="radio"/> NEE <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> Onbekend	PCI/dotter	<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/bypass	<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	Perifeer vaatlijden	<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	Ischemisch CVA/TIA	<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	Hypertensie	<input type="radio"/> NEE <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> Onbekend

Secundaire oorzaken 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
Proteïnurie	<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

Aanvraag DNA diagnostiek erfelijke dyslipidemie

Door patiënt in te vullen

Patiëntgegevens

Naam + initialen	
Meisjesnaam	
Geslacht	/
Geboortedatum	
Telefoon	
Email	

Lengte (cm)		
Gewicht (kg)		
Rookt u?	<input type="radio"/> NEE <input type="radio"/> JA	Sigaretten per dag:
Drinkt u alcohol?	<input type="radio"/> NEE <input type="radio"/> JA	Glazen per week:

Familiegegevens

Uw biologische vader

Voornamen			
Achternaam			
Geboortedatum		Bekend met hoog cholesterol?	<input type="radio"/> NEE <input type="radio"/> JA
Eventuele sterfdatum		Bekend met hart- en vaatziekten?	<input type="radio"/> NEE <input type="radio"/> JA

Uw biologische moeder

Voornamen			
Achternaam			
Geboortedatum		Bekend met hoog cholesterol?	<input type="radio"/> NEE <input type="radio"/> JA
Eventuele sterfdatum		Bekend met hart- en vaatziekten?	<input type="radio"/> NEE <input type="radio"/> JA

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

Waar komt uw familie oorspronkelijk vandaan? (land, streek en/of stad)	
------------------------------------------------------------------------	--

Aanvraag DNA diagnostiek erfelijke dyslipidemie

Door patiënt in te vullen

Informed consent

Toestemming en verklaring

Ik geef toestemming om bovenstaande persoonlijke gegevens te delen met stichting LEEFH.

Akkoord JA NEE

Ik geef toestemming voor het verwerken van mijn gegevens door stichting LEEFH voor de volgende doeleinden:

- Gebruik van mijn naam, geboortedatum en contactgegevens om mij de uitslag van het DNA-onderzoek te verstrekken en eventueel met mij verder onderzoek in mijn familie te bespreken;
 JA NEE
- Opslag van mijn gegevens, inclusief gegevens over (familie)stamboom in een beveiligde database;
 JA NEE
- Eventueel gebruik van *geanonimiseerde* gegevens voor wetenschappelijk onderzoek naar erfelijke factoren voor hart-en vaatziekten;
 JA NEE
- Eventueel contact met mij in de toekomst over onderzoek(en) naar hart- en vaatziekten.
 JA NEE

Ondergetekende:

- Heeft de gelegenheid gekregen vragen te stellen over het DNA-onderzoek;
- Weet dat bij de eerste patiënt uit een familie 29 genen worden onderzocht;
- Weet dat de aanvragend arts via het Amsterdam UMC afd. Klinische Genetica de uitslag ontvangt;
- Weet dat hij/zij schriftelijk bevestiging van Stichting LEEFH krijgt dat het FH DNA onderzoek in gang is gezet;
- Weet dat zijn/haar zorgverzekeraar kosten van het DNA/NGS-onderzoek in rekening kan brengen ten laste van het 'eigen risico';
- Heeft kennis genomen van het privacy statement van LEEFH (www.leefh.nl/privacy);
- Weet dat de toestemming voor verwerking van persoonsgegevens kan worden ingetrokken (contact via Stichting LEEFH 020-6971014 of privacy@leefh.nl).

Datum

Handtekening

Naam patiënt

Getekend door: patiënt ouder voogd