NIPT



Niet-Invasieve Prenatale Test

|  |
| --- |
|  |
| GELIEVE DIT FORMULIER OP UW PC IN TE VULLEN EN DAN PAS AF TE DRUKKEN |
| Patiëntgegevens |
| Meisjesnaam |  |  |  |  |
| Voornaam |  |  |  |  |
| Geboortedatum | … |  |  |  |
| Adres | …… |  |  |  |
| Telefoon | … |  |  |  |
| Email | … |  |  |  |
| Zwangerschapstermijn | … | Weken … | Da | gen |
| Datum van bloedafname | … |  |  |  |
| Is er IVF gebeurd ? | ☐ | Ja |  | Nee |
| Is er donor ei of surrogaat moeder ? | ☐ | Ja, Leeftijd donor … | Nee |
| Is er een meerling zwangerschap ? | ☐ | Ja |  | Nee |
| Was er aanvankelijk een meerling zwangerschap? (In geval van Vanishing Twin is NIPT NIET mogelijk) | ☐ | Ja |  | Nee |
| Wenst u het geslacht van de baby te vernemen ? | ☐ | Ja |  | Nee |

|  |
| --- |
| Indicatie voor NIPT |
| Leeftijd moeder | ☐ |
| Abnormale combi-test op Down-syndroom | *Specifieer:* … |
| Ongerustheid | *Specifieer:* … |
| Erfelijke ziekten in familie | *Specifieer: zie ommezijde* |
| Andere | *Specifieer:* … |
| … |

|  |
| --- |
| Behandelende arts / verloskundige |
| Naam + Voornaam | … |
| Telefoon | … |
| E-mail | … |

|  |  |
| --- | --- |
| Akkoord NIPT onderzoek |  |
| Ik ga akkoord dat GENDIA het NIPT onderzoek organiseert en heb de beperkingen en mogelijkheden van de NIPT gelezen en begrepen. |
| Handtekening Moeder | Handtekening Partner |
|  |
|  |































NIPT



Niet-Invasieve Prenatale Test

|  |
| --- |
| Betaling |
| CASH *(consultatie GENDIA)* | ☐ | PIN *(consultatie GENDIA)* | ☐ |
| Via overschrijving | ☐ | *Een factuur wordt u bezorgd na ontvangst van het staal* |
| Via Visa of Mastercard | ☐ | Naam vermeld kredietkaart | … |
| Nummer kredietkaart | … |
| Vervaldatum | Maand: | Jaar: |

|  |
| --- |
| Erfelijke aandoeningen |
| Zijn er in uw familie of in de familie van de vader erfelijke afwijkingen ? Zo ja, graag aangeven bij wie dit voorkomt in de familie: |
| Down syndroom… |
| Chromosoomafwijkingen… |
| Open ruggetje (spina bifida syndroom)… |
| Epilepsie… |
| Mentale achterstand… |
| Doofheid op leeftijd voor 50 jaar… |
| Blindheid op leeftijd voor 50 jaar… |
| Mucoviscidose (taaislijmziekte)… |
| Hemofilie… |
| Afwijkingen uiterlijk (gespleten lip-verhemelte)… |
| Aangeboren orgaanafwijkingen (hartafwijkingen)… |
| Spierziekten (Duchenne)… |
| Darmkanker… |
| Borst- of eierstok (ovaria) kanker… |
| Andere… |