



**Laboratoriumgeneeskunde**

Tel. 014/71.20.88 Fax 014/71.20.89

Dr. Apr. Biol. D. Ory

Dr. M. Van Ingelgom

Apr. Biol. P. Verbeeck

## Aanvraagformulier Downscreening eerste trimester zwangerschap

Naam + voornaam patiënt:

Adres:

Geboortedatum:

**Uit te voeren analyses (gelieve aan te kruisen):**

PAPP-A

vrij  $\beta$ -HCG

Datum bloedafname: ...../...../.....

**Verplicht in te vullen gegevens:**

**Gewicht:** ..... Kg

**Verwachte bevallingsdatum:** ...../...../..... **Zw.-duur bij bloedafname:** .....w.....d

**Datum van de echografie :** ...../...../..... **Zwangerschapsduur bij echo:** .....w.....d

**CRL meting :** ..... mm; **Nekplooi (NT\*):** ..... mm  
(minimaal : 38 mm, maximaal : 84 mm)

**Tweeling**

dichoriaal  monochoriaal

**CRL meting 2 :**

..... mm; **Nekplooi (NT 2) :** ..... mm

**Neusbeen**

ja

neen

niet beoordeelbaar

\*NT standaardisatie: "The Fetal Medicine Foundation Regulations for Certification in the 11-14 week scan" [www.fetalmedicine.com](http://www.fetalmedicine.com)

**Bijkomende gegevens – risicofactoren voor de biochemie:**

Roker:  ja  neen

Diabetes (IDDM):  ja  neen

Ras:  blank  .....

IVF, ovulatie-inductie:  ja  neen

Aantal foetussen:  1  .....

Familiale geschiedenis:

Trisomie 21:  ja  neen

Trisomie 18:  ja  neen

Andere: .....

Aanvragende arts (stempel en handtekening):

## Informed Consent Downscreening eerste trimester

Onderstaande patiënt gaat akkoord met het uitvoeren van de Downscreening en is op de hoogte van :

- Het doel (risicoschatting, maar géén uitsluitende zekerheid)
- Het niet verwaarloosbare risico (0.8%) van een miskraam als gevolg van vruchtwaterpunctie, logischerwijze uitgevoerd na een resultaat wijzend op een verhoogd risico
- De procedure en het verloop van die screening

Naam + voornaam patiënt:

Handtekening: