



**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 NTD-screening tweede trimester zwangerschap**

Naam + voornaam patiënt:

Adres:

Geboortedatum:

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

3650 AFP

Datum bloedafname:

**Verplicht in te vullen gegevens:**

1) Gewicht:

2) - datum laatste menses<sup>(1)</sup>:

ofwel - CRL (mm):

Datum scan<sup>(1)</sup>:

:

ofwel - BPD (mm):

Datum scan<sup>(1)</sup>:

<sup>(1)</sup> één van deze drie gegevens is nodig (bij voorkeur de gegevens uit de scan)

**Bijkomende gegevens (optioneel):**

Roker:  ja  neen

Diabetes (IDDM):  ja  neen

Ras:  blank  .....

IVF  ja  neen

Aanvragende arts (naam of stempel en handtekening):

Datum: