

 <b>LABORATORIUM</b> tel. LS 056 63 42 10 tel. RK 056 63 42 20 tel. VL 056 63 42 30 tel. KL 056 63 42 00	<b>Invullen of aanbrengen van kleefbriefje a.u.b.</b> Datum en uur van afname: Patiënt (naam/voornaam): Geboortedatum: Adres: Geslacht: M/V Kopie aan:.....	In deze ruimte niets schrijven of kleven a.u.b.
	<b>Arts</b> <b>Adres</b> <b>RIZIV</b> <b>Handtekening</b>	

<b>STEMPEL ARTS</b>
---------------------

Art. 24 § 12, 3, 5: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Volledige identificatie en adres van de patiënt</li> <li>- Datum, handtekening en volledige identificatie van geneesheer die voorschrijft ( o.a. stempel)</li> </ul>
---

**AANVRAAGFORMULIER SCREENING VOOR DOWN SYNDROOM en NEURAAAL BUISDEFECT**

<input type="checkbox"/> 1 <sup>st</sup> e Trimester	sequentiële screening bloedafname tussen 8 en 9,6 weken geïntegreerde screening bloedafname tussen 10 en 13,6 weken (optimaal tot 11,6 weken)
<input type="checkbox"/> 2 <sup>de</sup> Trimester Triple Test	bloedafname tussen 14 en 20 weken (optimaal tussen 15 en 18 weken)
<input type="checkbox"/> 2 <sup>de</sup> Trimester Screening voor Neuraal Buisdefect	

**Zwangerschapduur bij bloedafname**

Datum bloedafname	...../...../.....
Datum echografie	...../...../.....
Zwangerschapduur op datum echografie	.....
CRL .....	mm BDP .....
Aantal foetussen	..... (biochemische screening bij meerling-zwangerschap moeilijk interpreteerbaar)
Zwangerschapduur bij bloedafname	.....
Verwachte bevallingsdatum	...../...../.....
LMP	...../...../.....
Cycluslengte	.....dagen

**Echografische gegevens bij echografie tussen 11 en 13 weken**

Datum echografie (verplicht)	...../...../.....
CRL	.....mm (tussen 38 en 84 mm)
NT	.....mm
Aanwezigheid neusbeen	<input type="checkbox"/> Aanwezig <input type="checkbox"/> Afwezig <input type="checkbox"/> Niet beoordeelbaar

**Inlichtingen**

Gewicht bij bloedafname	.....kg
Familiale voorgeschiedenis	
Neuraal Buis Defecten	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen
Syndroom ban Down	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen
Andere.....	.....
Inseminatie / IVF / Ovulatie-inductie	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen
Bloedverlies tijdens zwangerschap	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen
Diabetes Type I	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen
Etnische afkomst	<input type="checkbox"/> Afrikaans <input type="checkbox"/> Aziatisch <input type="checkbox"/> Kaukasisch <input type="checkbox"/> Onbekend
Roken	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen