



Diagnostische Service Faciliteit (DSF)

Laboratorium voor Neurogenetica • Instituut Born-Bunge
Universiteit Antwerpen - CDE • Gebouw V - Parking P4
Universiteitsplein 1 • B-2610 Antwerpen
Tel. 03 265 1020 • Fax 03 265 1037 • E-mail DSF@bornbunge.be

Diensthofd: Prof. Dr. Christine Van Broeckhoven, PhD DSc

DSF AANVRAAGFORMULIER GENETISCH ONDERZOEK

Alleen stalen die voorzien zijn van persoonsgegevens (naam, voornaam en geboortedatum) en een bijhorend aanvraagformulier worden behandeld. De aanvrager is verantwoordelijk voor het volledig invullen van het formulier en voorziet het van een handtekening. Belangrijk is om voldoende klinische gegevens mee te delen zodat een gerichte genetische test mogelijk is. Meer informatie over de beschikbare genetische testen is terug te vinden op de website (<http://www.molgen.ua.ac.be/DNADiagnostics/>).

PATIËNTGEGEVENS (volledig invullen): Naam + voornaam: Geboortedatum: : Geslacht: Adres: Uw referentienummer: Na analyse van de beschikbare genetische testen wordt het restmateriaal gebruikt voor verder genetisch wetenschappelijk onderzoek. Gelieve het vakje aan te kruisen indien de patiënt hiermee <u>NIET</u> akkoord is <input type="checkbox"/>	AANVRAGER (volledig invullen): Naam + voornaam: Ziekenhuis: Adres: Telefoon: E-mail: Datum aanvraag: Handtekening: Kopie verslag naar:
---	--

STAAL

<input type="checkbox"/> Bloed: datum + uur afname:	<input type="checkbox"/> DNA
	<input type="checkbox"/> Ander materiaal, type:

VRAAGSTELLING

<input type="checkbox"/> Bevestiging / uitsluiting ¹ klinische diagnose	<input type="checkbox"/> Dragerschapsbepaling
--	---

¹ omcirkelen of wat van toepassing is

KLINISCHE GEGEVENS

Klinisch diagnose:
Klinische gegevens:
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
Klinisch verslag in bijlage: ja / neen / aangeleverd



Diagnostische Service Faciliteit (DSF)

Laboratorium voor Neurogenetica • Instituut Born-Bunge
Universiteit Antwerpen - CDE • Gebouw V - Parking P4
Universiteitsplein 1 • B-2610 Antwerpen
Tel. 03 265 1020 • Fax 03 265 1037 • E-mail DSF@bornbunge.be

Diensthofd: Prof. Dr. Christine Van Broeckhoven, PhD DSc

FAMILIEGEGEVENS:

Naam patiënt + geboortedatum:

Werd er (eerder) al materiaal naar ons gestuurd: ja / neen

Indien ja: Naam: Voornaam:
 Geboortedatum: Verwantschap:

Gen/mutatie bekend in de familie: ja / neen

Indien ja: Mutatiegegevens:

Stamboom:

- geïsoleerde/sporadische patiënt: geen (bekende) familiegeschiedenis
- familiaal: positieve familiegeschiedenis
- erfelijk: (autosomaal) dominant / (autosomaal) recessief / X-gebonden (omcirkelen wat van toepassing is)
- verwantschap ouders: ja / nee
 Indien ja, specificeer:

Familiegegevens:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Teken familiestamboom en duid de te testen persoon of personen aan:



Diagnostische Service Faciliteit (DSF)

Laboratorium voor Neurogenetica • Instituut Born-Bunge
Universiteit Antwerpen - CDE • Gebouw V - Parking P4
Universiteitsplein 1 • B-2610 Antwerpen
Tel. 03 265 1020 • Fax 03 265 1037 • E-mail DSF@bornbunge.be

Diensthoofd: Prof. Dr. Christine Van Broeckhoven, PhD DSc

GENETISCHE TESTEN VOOR NEURODEGENERATIEVE HERSENZIEKTEN

Naam patiënt + geboortedatum:

<p>Dementie</p> <p><input type="checkbox"/> APOE</p> <p>Alzheimer dementie</p> <p><input type="checkbox"/> PSEN1 <input type="checkbox"/> APP <input type="checkbox"/> PSEN2 <input type="checkbox"/> GRN</p> <p>Familiale Alzheimer dementie</p> <p><input type="checkbox"/> PSEN1 <input type="checkbox"/> APP <input type="checkbox"/> PSEN2 <input type="checkbox"/> MAPT <input type="checkbox"/> PRNP</p> <p>Cerebrale Amyloïde Angiopathie</p> <p><input type="checkbox"/> APP <input type="checkbox"/> APOE</p> <p>Andere klinische diagnose of indicatie:</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>Frontotemporale kwabdegeneratie</p> <p><input type="checkbox"/> C9orf72 <input type="checkbox"/> GRN <input type="checkbox"/> MAPT <input type="checkbox"/> VCP <input type="checkbox"/> CHMP2B</p> <p>Ziekte van Parkinson</p> <p><input type="checkbox"/> LRRK2 <input type="checkbox"/> PARK2 <input type="checkbox"/> SNCA <input type="checkbox"/> PINK1 <input type="checkbox"/> DJ1</p> <p>Amyotrofe Laterale Sclerose</p> <p><input type="checkbox"/> C9orf72 <input type="checkbox"/> SOD1 <input type="checkbox"/> TARDBP <input type="checkbox"/> FUS</p> <p>Prion ziekten (CJD/GSS/FFI)</p> <p><input type="checkbox"/> PRNP</p> <p>Andere ziektebeelden/testen:</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
---	--

STAAL:

- Op de tube naam, voornaam en geboortedatum vermelden.
- Per aanvraag 2 x 10 ml **HEPARINE** bloed.
- Bloed op kamertemperatuur of bij 4°C bewaren, **NIET** invriezen.
- Bloed verzenden per post, maar het staal moet ons **binnen de 48 uren bereiken** (vrijdag vóór 14 uur).
- Ander type stalen kan enkel aanvaard worden na voorafgaand overleg.
- Spoedonderzoek kan uitsluitend mits motivatie en overleg.

VERZENDING:

Diagnostische Service Faciliteit (DSF)
Universiteit Antwerpen - CDE • Gebouw V
Universiteitsplein 1 • B-2610 Antwerpen
Tel. 03 265 1020 • Fax 03 265 1037 • E-mail DSF@bornbunge.be

AANVRAAGFORMULIEREN: Via DSF@bornbunge.be of <http://www.molgen.ua.ac.be/DNAdiagnostics>.