

Afname datum

DNA-nummer

**AANVRAAG DNA DIAGNOSTIEK (ARTS)**

De **patiënt(e)** dient een afzonderlijk aanvraagformulier in te vullen. De aanvraag kan alleen in behandeling worden genomen als beide formulieren ingevuld en ondertekend zijn.

**Gegevens patiënt**

naam + initialen :  m v  
meisjesnaam :   
geboortedatum :   
adres :   
postcode en woonpl. :   
telefoon :

BSNummer :   
zorgverzekeraar :   
polisnummer :   
patiëntnummer :

**Gegevens aanvrager/arts**

naam + initialen :  m v  
ziekenhuis / praktijk :   
afdeling / adres :   
kopie resultaat naar :

email :   
telefoon :   
handtekening :

**Onderzoeksaanvraag**

- Familiaire Hypercholesterolemie (hoog LDL)**
- Familiaire Hyper-alfalipoproteïnemie (hoog HDL)
- Familiaire Hypo-alfalipoproteïnemie (laag HDL)
- Familiaire Hypertriglyceridemie (hoog triglyceriden)
- Apo-E genotypering (bij verdenking dysbetalipoproteïnemie)
- Anders:

**Vraagstelling**

- bevestigen/uitsluiten klinische diagnose
- screening op bekende mutatie in de familie :   
naam + geboortedatum onderzochte familieleden:

## Medische gegevens

### cholesterolwaarden en -medicatie

TC (hoogst gemeten)	<input type="text"/>	mmol/l	cholesterolverlagende medicatie?    ja    nee ja : sinds <input type="text"/>
LDL – cholesterol	<input type="text"/>	mmol/l	
HDL – Cholesterol	<input type="text"/>	mmol/l	
Triglyceriden	<input type="text"/>	mmol/l	
Apolipoproteïne A1	<input type="text"/>	g/l	
Apolipoproteïne B	<input type="text"/>	g/l	
datum	<input type="text"/>		medicatie + dosis <input type="text"/> <input type="text"/> sinds <input type="text"/>
waarden zijn:	behandeld	onbehandeld	medicatie + dosis <input type="text"/> <input type="text"/> sinds <input type="text"/>

### klinische verschijnselen

Xanthomen	ja	nee	onbekend	PTCA	ja	nee	onbekend
Arcus Lipoïdes	ja	nee	onbekend	CABG	ja	nee	onbekend
Xanthelasmata	ja	nee	onbekend	Claudicatio	ja	nee	onbekend
Hartinfarct	ja	nee	onbekend	CVA	ja	nee	onbekend
Angina Pectoris	ja	nee	onbekend				

### secundaire dyslipidemie

Hypothyreoïdie	ja	nee	onbekend	Diabetes Mellitus	ja	nee	onbekend
Proteïnurie	ja	nee	onbekend	BMI verhoogd	ja	nee	onbekend
Leverfunctie- stoornissen	ja	nee	onbekend	Calorie/vetrijk dieet	ja	nee	onbekend
Hormoongebruik	ja	nee	onbekend	Overmatig alcoholgebruik	ja	nee	onbekend

U kunt dit ingevulde en ondertekende formulier, **samen met het aanvraagformulier van de patiënt** en de 2 bloedbuizen (niet gekoeld en verpakt volgens de wettelijke norm UN 3373) opsturen naar:

### Stichting LEEFH

p/a Experimentele Vasculaire Geneeskunde, MEVG G1-105

Antwoordnummer 191

1100 WC Amsterdam

Om voldoende DNA te kunnen isoleren, hebben wij **10 ml EDTA bloed (2x 5 ml)** nodig. Voor vragen belt u naar stichting LEEFH 020-6971014 of mail [info@leefh.nl](mailto:info@leefh.nl). Verdere informatie vindt u op de webpagina's [www.leefh.nl](http://www.leefh.nl) en [www.jojogenetics.nl](http://www.jojogenetics.nl).

## AANVRAAG DNA DIAGNOSTIEK (PATIENT)

De (**huis**)arts dient een afzonderlijk aanvraagformulier in te vullen. De aanvraag kan alleen in behandeling worden genomen als beide formulieren ingevuld en ondertekend zijn.

### Gegevens patiënt

naam + initialen :  m v roepnaam :   
meisjesnaam :   
geboortedatum :   
adres :  telefoon (06) :   
postcode en woonpl. :  email :

lengte :  m  
gewicht :  kg  
rookt u? : ja nee hoeveel per dag:  wanneer gestopt:   
gebruikt u alcohol? : ja nee hoeveel per dag:  glazen

*bent u bekend met... / ja: gebruikt u medicatie en sinds wanneer?*

overgang	ja	nee	medicatie	ja	nee	sinds: <input type="text"/>
schildklier	ja	nee	medicatie	ja	nee	sinds: <input type="text"/>
leverproblemen	ja	nee	medicatie	ja	nee	sinds: <input type="text"/>
nierproblemen	ja	nee	medicatie	ja	nee	sinds: <input type="text"/>
hoge bloeddruk	ja	nee	medicatie	ja	nee	sinds: <input type="text"/>
suikerziekte	ja	nee	medicatie	ja	nee	sinds: <input type="text"/>
depressie	ja	nee	medicatie	ja	nee	sinds: <input type="text"/>

### Familiegegevens

achternaam + geboortedatum van uw biologische vader:   
geboortedatum + evt. sterfdatum  +

is/was uw vader bekend met verhoogd cholesterol? ja nee onbekend  
is/was uw vader bekend met hart- en vaatziekten? ja nee onbekend

meisjesachternaam + geb. datum van uw biologische moeder:   
geboortedatum + evt. sterfdatum  +

is/was uw moeder bekend met verhoogd cholesterol? ja nee onbekend  
is/was uw moeder bekend met hart- en vaatziekten? ja nee onbekend

heeft u kinderen? ja nee  
zo ja, aantal?   
heeft u broers en zussen? ja nee  
zo ja, aantal?

Heeft er bij familieleden al DNA-diagnostiek plaatsgevonden? ja nee onbekend  
ja: naam + geboortedatum onderzochte familieleden:

Waar komt uw familie oorspronkelijk vandaan?  (land en/of streek en/of stad)

## DNA onderzoek en verklaring

Uw persoonlijke en medische gegevens die bij dit onderzoek zijn verkregen worden door AMC en Stichting LEEFH opgeslagen in een beveiligd databestand en vallen onder onze medische geheimhoudingsplicht.

Met het verkregen DNA wordt op zorgvuldige wijze omgegaan. De 2 bloedbuizen gaan naar het MEVG laboratorium van het AMC in Amsterdam. Uit 1 bloedbuis wordt het DNA gehaald en dit wordt onderzocht op de aanwezigheid van een mutatie. Vervolgens wordt dit DNA (met uw toestemming) opgeslagen in de DNA bank. Het tweede buisje is een reservebuis (spijtbuis). Deze buis wordt na 1 jaar vernietigd.

## Ondergetekende

- heeft de gelegenheid gekregen vragen te stellen over het DNA onderzoek;
- weet dat hij/zij persoonlijk en schriftelijk de uitslag krijgt van het DNA-onderzoek;
- weet dat zijn/haar zorgverzekeraar de kosten van het DNA onderzoek in rekening brengt laste van het eigen risico.

**Ik ga ermee akkoord** (aangeven wat van toepassing is)

dat door middel van erfelijkheidsonderzoek wordt vastgesteld of de DNA-mutatie bij mij aanwezig is;  
ja nee

dat indien een mutatie gevonden is, Stichting LEEFH met mij contact kan opnemen om verder onderzoek in mijn familie te bespreken;  
ja nee

dat mijn DNA opgeslagen wordt in de DNA-bank en anoniem gebruikt kan worden voor wetenschappelijk onderzoek naar erfelijke factoren (ontstaan of verloop van hart- en vaatziekten);  
ja nee

schriftelijk benaderd te worden voor mogelijk wetenschappelijk onderzoek.  
ja nee

## Aldus verklaard en getekend,

datum

naam patiënt

handtekening

( patiënt / ouder / verzorger / familielid / voogd )