UZ LEUVEN | CENTRUM MENSELIJKE ERFELIJKHEID

Aanvraag voor genetisch onderzoek: aanvullende informatie voor thrombofilie

Geachte collega,

De terugbetaling van de genetische testen voor 'mutant factor V, type Leiden' en 'mutant factor II (G20210A)' (prothrombine) is voortaan gebonden aan een diagnoseregel, zoals bepaald in Art. 33bis '*Moleculaire biologische testen op menselijk genetisch materiaal bij verworven aandoeningen*', dat in werking is getreden op 1 november 2009.

Naar aanleiding hiervan zien we ons verplicht over bijkomende informatie te beschikken. We verzoeken u dus om, bij elke aanvraag voor factor V of factor II op het aanvraagformulier 3028 'Constitutionele (aangeboren) aandoeningen)' deze informatie te vermelden onder de hoofding 'KLINISCHE GEGEVENS en INDICATIE' of de gegevens via onderstaand formulier toe te voegen. Gelieve het ingevulde formulier per fax terug te sturen op 016/346060.

Met vriendelijke groeten

Prof. Matthijs Prof. Dr. Legius Prof. Dr. Fryns

Bijkomende gegevens (verplicht in te vullen - diagnoseregel)

Ondergetekende arts bevestigt dat, voor onderstaande patiënt, aan de volgende diagnoseregels is voldaan:

Voor Factor V Leiden (LIS code 461):

- opzoeken van geactiveerde proteine C resistentie met de specifieke gemodifieerde APC-R test is positief JA / NEE

Voor Factor II (G20210A) (prothrombine) (LIS code 460):

- patiënt is minder dan 55 jaar met een trombotisch proces JA / NEE
- patiënt met een familiale anamnese van recidiverende trombosen JA / NEE
- patiënt met diffuse intravasale stolling JA / NEE

*Gelieve onderstaand veld in te vullen indien **niet voldaan** is aan de betreffende diagnoseregel*

☐ het onderzoek mag uitgevoerd worden en de test wordt rechtstreeks aan de patiënt gefactureerd aan **142,11€** per test, of

☐ het onderzoek hoeft niet uitgevoerd te worden (en het bloedstaal wordt vernietigd)

***BELANGRIJK:* Indien we geen antwoord ontvangen binnen de 7 werkdagen zal de aangevraagde test rechtstreeks aan de patiënt gefactureerd worden (142,11€ per test).**

Extra info / opmerkingen: ……

PATIENT IDENTIFICATIE EAD-/HOS-nr. |_|_|_|_|_|_|_|_|

Naam: _____ Voornaam: _____

Adres: _____

Geboortedatum: |_|_|_|_|_|_| (d d m m j j) Geslacht: |_|

VERZEKERINGSINSTELLING KG1/KG2: |_|_|_| / |_|_|_|

Nr. verzekering |_|_|_| Verwantschap |_|

Stamnr. _____

AANVRAAGDATUM: _____ UUR ___ u ___

AANVRAGER Dr.: _____

R.I.Z.I.V.nr.: |_| |_|_|_|_|_| |_|_| |_|_|_|

verklaart dat, voor de aangevraagde tests, aan de vermelde diagnoseregel is voldaan.

Handtekening

AFNAME DATUM: _____ UUR ___ u ___