

## AANVRAAG DNA DIAGNOSTIEK FH (GEDEELTE VOOR ARTS)

De **patiënt(e)** dient het afzonderlijke aanvraagformulier op pag. 3 en 4 in te vullen. De aanvraag kan alleen in behandeling worden genomen als beide formulieren ingevuld en ondertekend zijn.

### Patiënt

geboortenaam + initialen	(m/v)	BSNummer	
event. naam partner		zorgverzekeraar	
geboortedatum		polisnummer	
adres		patiëntnummer	
postcode en woonplaats			
telefoon			

### Aanvrager/arts

naam + initialen	(m/v)	email	
ziekenhuis / praktijk		telefoon	
afdeling / adres		handtekening	
kopie resultaat naar			

### Onderzoeksaanvraag

<input type="radio"/>	<p>bevestigen/uitsluiten klinische diagnose FH</p> <p><b>Familiaire Hypercholesterolemie (hoog LDL-cholesterol)</b> (<i>LDLR, APOB, PCSK9, STAP1, LIPA, LDLRAP1, ABCG5/G8</i>) [1546]</p> <p>eventueel in combinatie met:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Familiaire Hypo-betalipoproteïnemie (laag LDL-cholesterol) (<i>APOB, PCSK9, ANGPTL3, MTTP, MYLIP</i>) [5361]</li> <li><input type="radio"/> Familiaire Hypo-alfalipoproteïnemie (laag HDL-cholesterol) (<i>ABCA1, LCAT, APOA1</i>) [5363]</li> <li><input type="radio"/> Familiaire Hyper-alfalipoproteïnemie (hoog HDL-cholesterol) (<i>SCARB1, CETP, LIPC, LIPG, APOC3</i>) [1287]</li> <li><input type="radio"/> Familiaire Hypertriglyceridemie (hoog triglyceriden) (<i>LPL, APOC2, APOA5, APOE, LMF1, GPIHBP1</i>) [5336]</li> <li><input type="radio"/> ApoE-genotypering bij verdenking dysbetalipoproteïnemie (<i>APOE</i>) [2024]</li> </ul> <p><i>Voor alle complexe DNA aanvragen voor FH wordt het Next Gen Sequencing pakket van 29 genen geanalyseerd. Nevenbevindingen, anders dan FH, worden in de uitslag aan de aanvragend arts gemeld (indien klinisch relevant). Voor de complete lijst van genen, zie <a href="http://www.leefh.nl/zorgprofessionals/dna-onderzoek">http://www.leefh.nl/zorgprofessionals/dna-onderzoek</a>.</i></p>	
<input type="radio"/>	<p>screening op bekende <b>FH mutatie</b> in de familie :</p> <p>naam + geboortedatum onderzochte familieleden</p>	<p>1.</p> <p>2.</p>

### IN TE VULLEN DOOR MEDEWERKERS DNA-LABORATORIUM :

Type ontvangen materiaal:	datum binnenkomst	aanvraagnummer DA		familienummer FF
Hoeveelheid:	paraaf ontvangst	paraaf registratie	paraaf acceptatie (LKG)	DNA nummer D

## Medische gegevens

### cholesterolwaarden

### medicatie

onbehandeld	<input type="radio"/> NEE	<input type="radio"/> JA	cholesterolverlagende medicatie	<input type="radio"/> NEE
datum meting				<input type="radio"/> JA :
TC (hoogst gemeten)		mmol/l	<b>medicatie</b>	
LDL – cholesterol		mmol/l	1.	
HDL – Cholesterol		mmol/l	dosis:	sinds:
triglyceriden		mmol/l	2.	
apolipoproteïne A1		g/l	dosis:	sinds:
apolipoproteïne B		g/l		
lipoproteïne (a)		mg/l		

### klinische verschijnselen

Xanthomen	<input type="radio"/> NEE	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> ONBEKEND	PTCA	<input type="radio"/> NEE	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> ONBEKEND
Arcus Lipoïdes	<input type="radio"/> NEE	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> ONBEKEND	CABG	<input type="radio"/> NEE	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> ONBEKEND
Xantheasmata	<input type="radio"/> NEE	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> ONBEKEND	Claudicatio	<input type="radio"/> NEE	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> ONBEKEND
Hartinfarct	<input type="radio"/> NEE	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> ONBEKEND	CVA	<input type="radio"/> NEE	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> ONBEKEND
Angina Pectoris	<input type="radio"/> NEE	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> ONBEKEND	Overig:			

### secundaire dyslipidemie

Hypothyreoïdie	<input type="radio"/> NEE	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> ONBEKEND	Diabetes Mellitus	<input type="radio"/> NEE	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> ONBEKEND
Proteïnurie	<input type="radio"/> NEE	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> ONBEKEND	BMI verhoogd	<input type="radio"/> NEE	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> ONBEKEND
Leverfunctie stoornissen	<input type="radio"/> NEE	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> ONBEKEND	Calorie/vetrijk dieet	<input type="radio"/> NEE	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> ONBEKEND
Hormoongebruik	<input type="radio"/> NEE	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> ONBEKEND	Overmatig alcoholgebruik	<input type="radio"/> NEE	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> ONBEKEND

## Materiaal voor dit onderzoek

Om voldoende DNA te kunnen isoleren, hebben wij 12 ml (2x 6 ml) EDTA bloed nodig (jonge kinderen 2 x 4 ml).  
Herkomst EDTA bloed:

- venapunctie
- navelstrengbloed (NB: **ook bloedmonster van moeder meesturen** i.v.m. maternale contaminatietest)

Dit ingevulde en ondertekende formulier (4 pagina's) en de 2 bloedbuizen (niet gekoeld en verpakt volgens de wettelijke norm UN 3373) opsturen naar LEEFH:

**p/a AMC Laboratorium voor Genoomdiagnostiek  
afdeling Klinische Genetica, M1-107  
Antwoordnummer 191  
1100 WC AMSTERDAM**

Voorwaarden aanvragen Laboratoria Klinische Genetica (zie ook [dnadiagnostiek.amc.nl](http://dnadiagnostiek.amc.nl) , [www.leefh.nl](http://www.leefh.nl) of [www.jojogenetics.nl](http://www.jojogenetics.nl))

## AANVRAAG DNA DIAGNOSTIEK FH (GEDEELTE VOOR PATIENT)

De (*huis*)arts dient het afzonderlijk aanvraagformulier op pag. 1 en 2 in te vullen. De aanvraag kan alleen in behandeling worden genomen als beide formulieren ingevuld en ondertekend zijn.

### Patiënt

geboortenaam + initialen	(m/v)	roepnaam	
event. naam partner			
geboortedatum		telefoon (06)	
adres		email	
postcode en woonplaats			
lengte			
gewicht			
rookt u?		per dag:	wanneer gestopt:
gebruikt u alcohol?		per dag:	glazen

*bent u bekend met ...*

*gebruikt u medicatie?*

*sinds wanneer?*

overgang	<input type="radio"/> NEE	<input type="radio"/> JA		
schildklierproblemen	<input type="radio"/> NEE	<input type="radio"/> JA		
leverproblemen	<input type="radio"/> NEE	<input type="radio"/> JA		
nierproblemen	<input type="radio"/> NEE	<input type="radio"/> JA		
hoge bloeddruk	<input type="radio"/> NEE	<input type="radio"/> JA		
suikerziekte	<input type="radio"/> NEE	<input type="radio"/> JA		
depressie	<input type="radio"/> NEE	<input type="radio"/> JA		

### Familiegegevens

<b>Biologische vader</b>	voornamen	achternaam	geboortedatum	sterfdatum
	Bekend met hoog cholesterol?	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEE	
Bekend met hart- en vaatziekten?	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEE		
<b>Biologische moeder</b>	voornamen	meisjes achternaam	geboortedatum	sterfdatum
	Bekend met hoog cholesterol?	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEE	
Bekend met hart- en vaatziekten?	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEE		
<b>Kinderen</b>	<input type="radio"/> NEE	<input type="radio"/> JA	aantal zonen :	dochters :
<b>Broers en zussen</b>	<input type="radio"/> NEE	<input type="radio"/> JA	aantal broers :	zussen :

Heeft er bij familieleden al FH DNA-diagnostiek plaatsgevonden?	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEE	<input type="radio"/> ONBEKEND
naam + geb.datum onderzochte familieleden	1.		
	2.		
Waar komt uw familie oorspronkelijk vandaan? (land en/of streek en/of stad)			

## DNA onderzoek naar FH en verklaring

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

Akkoord:  JA  NEE

### Ondergetekende

- heeft de gelegenheid gekregen vragen te stellen over het DNA onderzoek naar FH;
- weet dat hij/zij persoonlijk en schriftelijk van Stichting LEEFH de bevestiging en de uitslag krijgt van het FH DNA-onderzoek;
- weet dat zijn/haar zorgverzekeraar de kosten van het DNA onderzoek in rekening kan brengen ten laste van het eigen risico.

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

dat door middel van erfelijkheidsonderzoek wordt vastgesteld of de FH DNA-mutatie bij mij aanwezig is;  
 JA  NEE

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

dat mijn DNA wordt opgeslagen en anoniem gebruikt kan worden voor wetenschappelijk onderzoek naar erfelijke factoren die het ontstaan of verloop van hart- en vaatziekten beïnvloeden;  
 JA  NEE

schriftelijk benaderd te worden voor mogelijk wetenschappelijk onderzoek t.b.v. familiale hart- en vaatziekten.  
 JA  NEE

<b>Aldus verklaard en getekend,</b>	
Datum <input type="text"/>	Handtekening <input type="text"/>
Naam patiënt <input type="text"/>	( patiënt / ouder / verzorger / familielid / voogd )