



1. Ik begrijp de indicatie, de doelstelling, de mogelijkheden en beperkingen van deze test. Mijn arts, Dr \_\_\_\_\_, heeft al mijn vragen beantwoord.
2. Ik begrijp dat deze test uitsluitend bedoeld is voor het opsporen van trisomie 21, 18 en 13 bij de foetus, vanaf 12 weken zwangerschap. Ik begrijp ook dat deze test heel nauwkeurig is, maar niet 100%. In geval van een normaal resultaat is de kans dat de baby toch trisomie 21, 18, of 13 heeft heel klein, maar niet volledig uitgesloten. Andere chromosoomafwijkingen kunnen eventueel geïdentificeerd worden bij de foetus of bij de moeder, maar deze test is niet gevalideerd voor het opsporen van dergelijke afwijkingen.
3. Ik begrijp dat het resultaat na 1 week (berekend vanaf de datum van ontvangst van het staal in het laboratorium) beschikbaar zal zijn.
4. Ik begrijp dat in sommige gevallen (ongeveer 5%) geen resultaat kan bekomen worden na de eerste bloedafname. Een tweede bloedafname kan noodzakelijk zijn als gevolg van onvoorziene omstandigheden zoals een te geringe concentratie van foetaal DNA in het bloedstaal, degradatie van het staal tijdens het transport,.... In dit geval kan de test herhaald worden op een tweede bloedstaal zonder bijkomende kosten.
5. Ik begrijp dat het resultaat van deze test niet kan gebruikt worden voor het stellen van een definitieve diagnose. Een afwijkend resultaat moet steeds bevestigd worden door middel van een invasief diagnostisch onderzoek zoals een vruchtwaterpunctie (vanaf 15 weken zwangerschap).
6. Ik ga ermee akkoord de nodige informatie te verstrekken in verband met mijn zwangerschap, zoals de identificatie van een chromosoomafwijking of een genetische afwijking in de familie. Ik begrijp en stem toe dat mijn arts mij voor dergelijke inlichtingen kan contacteren.
7. Ik werd ervan ingelicht dat deze test door het RIZIV wordt terugbetaald sinds 1 juli 2017 en dat ik het remgeld van 8.68 € zal moeten betalen.
8. Deze test is ISO-15189 (MED-381) geaccrediteerd sinds april 2015.
9. Deze toestemming kan vergezeld zijn van een consultatie bij een specialist. In dat geval, dien ik een supplement te betalen dat overeenkomt met het remgeld.
10. De NIPT test wordt uitgevoerd overeenkomstig de aanbevelingen van de Belgische Vereniging voor Menselijke Genetica (BeSHG), te raadplegen op <http://www.beshg.be/index.php?page=guidelines>, sectie "Summary of NIPT guidelines" en "NIPT guidelines for incidental findings".

**IK GA ERMEE AKKOORD DAT DE NIPT TEST UITGEVOERD WORDT  
VOOR HET PRENATAAL OPSPOREN VAN TRISOMIE 21,18 EN 13**

PATIËNTE	ARTS
Naam: _____	Naam: _____
Datum: _____	Datum: _____
Handtekening: _____	Handtekening: _____

(\*) *Verplicht te ondertekenen. NIPT kan NIET uitgevoerd worden wanneer de geïnformeerde toestemming niet ondertekend is.*