



## KLINISCHE CHECKLIST SLECHTHORENDHEID

**VOOR GENETISCH ONDERZOEK NAAR SLECHTHORENDHEID MOET PER PERSOON ÉÉN AANVRAAGFORMULIER EN EEN KLINISCHE CHECKLIST VERPLICHT WORDEN INGEVULD**

Deze formulieren kunnen telefonisch worden aangevraagd of vindt u op de website.

Datum aanvraag: ...../...../.....

<p><b>PERSOONSgegevens</b> (volledig invullen)</p> <p>Naam: .....</p> <p>Voornaam: .....</p> <p>Geboortedatum: .....</p> <p>Geslacht: M / V</p> <p>Adres: .....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p><b>AANVRAGENDE ARTS</b> (badge/stempel/volledig invullen)</p> <p>Naam + voornaam: .....</p> <p>Ziekenhuis/Instelling: .....</p> <p>Adres: .....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Telefoon: .....</p> <p>RIZIV nr.: .....</p> <p>Handtekening: .....</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### KLINISCHE GEGEVENS

<p><input type="checkbox"/> Ouders aangetast</p> <p><input type="checkbox"/> Andere aangetaste familieleden</p> <p><input type="checkbox"/> CMV infectie tijdens zwangerschap</p> <p><input type="checkbox"/> Beeldvorming</p> <p><input type="checkbox"/> Type gehoorverlies</p> <p>- Syndromaal gehoorverlies</p> <p>- Niet-syndromaal gehoorverlies</p> <p>- Omschrijf type gehoorverlies</p> <p><input type="checkbox"/> Overerving</p> <p><input type="checkbox"/> Audiogram (graag aanhechten)</p> <p><input type="checkbox"/> Aanvangsleeftijd gehoorverlies</p> <p><input type="checkbox"/> Etnische afkomst</p> <p><input type="checkbox"/> Stamboom (gelieve te tekenen indien relevant)</p> <p><b>Opmerking:</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p><input type="checkbox"/> Moeder <input type="checkbox"/> Vader <input type="checkbox"/> Beide</p> <p>Opmerking: .....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen Indien ja, specificeer: .....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Onbekend</p> <p>Opmerking: .....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen Indien ja: <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI</p> <p>Indien afwijking gevonden, specificeer: .....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen Indien ja, specificeer: .....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> aut. dominant <input type="checkbox"/> aut. recessief <input type="checkbox"/> X-gebonden <input type="checkbox"/> geïsoleerd</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen Indien neen, omschrijf gehoorverlies: .....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Naam patiënt (verplicht invullen): .....

**GEVRAAGDE ANALYSE** (2 x 5 ml EDTA bloed, 2 ml bij neonaten)

<input type="checkbox"/> <b>COCH (Cochleo-vestibulaire dysfunctie)</b> - Aanvangsleeftijd slechthorendheid boven 20 jaar: - <b>EN</b> vestibulaire problemen:	Aanvangsleeftijd: ..... Omschrijf: .....
<input type="checkbox"/> <b>12S rRNA A1555G (Aminoglycoside geïnduceerde slechthorendheid)</b> - Slechthorendheid na aminoglycoside behandeling:	Omschrijf type en duur van de behandeling: .....
<input type="checkbox"/> <b>Connexine 26 (GJB2) / Connexine 30 (GJB6 deleties)</b> - Congenitale perceptieve slechthorendheid - <b>GEEN</b> geassocieerde pathologie (niet-syndroomaal)	
<input type="checkbox"/> <b>Doofheidspanels*</b> <i>Voor de doofheidspanels is een voorafgaandelijk connexine 26 (GJB2) onderzoek vereist. Indien dit onderzoek nog niet is gebeurd, kan de aanvraag via dit formulier gebeuren (gelieve hoger aan te kruisen). Indien reeds onderzocht, gelieve de details hierbij aan te leveren.</i>	
<input type="checkbox"/> <b>Reeds DNA onderzoek uitgevoerd Cx26/Cx30 (GJB2/GJB6):</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen Indien ja specificeer: - Datum: ...../...../..... - Labo: ..... - Type onderzoek: ..... - Resultaat: .....
<input type="checkbox"/> <b>Niet-syndroomaal panel</b> - <b>GEEN</b> geassocieerde pathologie (niet-syndroomaal)	
<input type="checkbox"/> <b>Syndroomaal panel</b> - geassocieerde pathologie aanwezig (syndroomaal)	

\* Indien meerdere genenpanels aangeduid, zal een klinisch geneticus van het CMG beslissen over de volgorde en de noodzaak van de onderzoeken.