

Aanvraag voor obductie prionziekte / ziekte van Creutzfeldt-Jakob



Universitair Medisch Centrum Utrecht

Heidelberglaan 100, 3584 CX Utrecht
Postbus 85500, 3508 GA Utrecht
Divisie Laboratoria, Apotheek en Biomedische genetica

Afdeling Pathologie t.b.v. prionlab

Huispostnr H.04.312

Telefoon nummers **tijdens** kantooruren:

Patiëntenadministratie: 088 75 588 22
Obductie assistent: 088 75 565 40
Fax nummer: 088 75 695 93

Geboortenaam:

evt. Partnaarnaam:

BSN:

Geboortedatum:

Geslacht:

Adres:

evt. patiëntensticker

Voor vragen kunt u ook een mail sturen naar prionlab@umcutrecht.nl

Toestemming

Datum opname	Overleden d.d.	Tijdstip		
Toestemming van de familie voor	Lichaamsobductie	ja	nee	
	Schedelobductie	ja	nee	
Is er sprake van een natuurlijke dood	ja	nee		
Indien geen natuurlijke dood. Is het stoffelijk overschot vrijgegeven door officier van justitie	ja	nee	onbekend	
Toestemming voor gebruik weefsel voor research naar ziekte van Creutzfeldt-Jakob	ja	nee	onbekend	
Toestemming voor gebruik gegevens voor epidemiologie studie Erasmus MC	ja	nee	onbekend	
Aangemeld Erasmus Medisch centrum (verplicht) Tel. 010 70 43391 info.cjd@erasmusmc.nl	ja	nee	onbekend	
Verdenking op Creutzfeldt-Jakob Disease (CJD)	hoog	laag		

Aanvullende gegevens

Contactgegevens

Begrafenis ondernemer	Adres	
Mortuarium	Postcode	
Hospice	Plaats	
Anders	Tel. nummer	

In of aan overledene bijzondere, eventueel radio-actieve voorwerpen of andere instrumenten aanwezig	ja	nee	onbekend
Overledene recent behandeld met chemotherapie en/of radio-actieve stoffen	ja	nee	onbekend

Klinische gegevens

Globale datum ziekte begin _____ Duur ziektebeloop _____

Voorgeschiedenis _____

Korte ziektegeschiedenis _____

Aanvraag voor obductie prionziekte / ziekte van Creutzfeldt-Jakob

Indien eenzijdig geprint gaarne naam herhalen:

Overige klinische gegevens

Symptomen

Snel progressieve dementie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stoornis van het centrale zien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pyramidale verschijnselen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Akinetisch mutime	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Myoclonieën	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cerebellaire stoornissen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Extrapiramidale verschijnselen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bijkomende onderzoeken

EEG typerend voor prionziekte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MRI typerend voor prionziekte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14-3-3 liquortest positief	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RT-QuIC positief	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Risicofactoren

Hypofysehormoon gehad (bv. groeihormoon)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dura mater transplantaat ontvangen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cornea transplantaat ontvangen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prionziekte bij eerstegraads familielid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ondertekening

Naam aanvragend arts (in blokletters)	<input type="text"/>
Functie aanvrager	<input type="text"/>
Instelling en adres	<input type="text"/>
Kopie verslag naar (naam, functie en adres)	<input type="text"/>
Handtekening aanvragend arts	<input type="text"/>

Gelieve het formulier volledig invullen. Zonder patiëntengegevens (incl. aanvullende patiëntengegevens), toestemming en ondertekening van aanvragend arts kan er GEEN onderzoek worden verricht.