



## Algemeen Klinisch Laboratorium

### Aanvraagformulier **Farmacogenetica**

<i>PATIENT</i>	<i>AANVRAGEND ARTS:</i>
Naam patiënt: _____	Arts: _____
Geboorte datum: _____ Geslacht: _____	Instelling: _____
Adres: _____	Afdeling: _____
Postcode: _____ Woonplaats: _____	Adres: _____
BSN: _____	Postcode: _____ Plaats: _____
Uw patiëntnummer: _____	Telefoon: _____ sein: _____
Verzekeraar: _____	email: _____
Polisnummer: _____	Afname datum: _____
Huisarts: _____ Plaats: _____	cc uitslag: _____

#### *Anamnese*

Geneesmiddel: \_\_\_\_\_  
Dosering: \_\_\_\_\_  
Vraagstelling: \_\_\_\_\_

Co-medicatie: \_\_\_\_\_  
Bloedspiegel: \_\_\_\_\_ top/dal

Wilt u dat wij voor u de juiste bepalingen selecteren bij uw vraagstelling? ja / nee

#### *Bepaling*

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> CYP1A2                                    | <input type="checkbox"/> SLCO1B1                      |
| <input type="checkbox"/> CYP2B6                                    | <input type="checkbox"/> TPMT                         |
| <input type="checkbox"/> CYP2C9                                    | <input type="checkbox"/> VKORC1 coumarinegevoeligheid |
| <input type="checkbox"/> CYP2C19                                   | <input type="checkbox"/> DPyD                         |
| <input type="checkbox"/> CYP2D6                                    | <input type="checkbox"/> CES1A1                       |
| <input type="checkbox"/> CYP3A4                                    | <input type="checkbox"/> UGT1A1                       |
| <input type="checkbox"/> CYP3A5                                    | <input type="checkbox"/> HLA B57                      |
| <input type="checkbox"/> Pakket 1: CYP2C19, CYP2D6, CYP3A4, CYP3A5 |   |
| <input type="checkbox"/> Pakket 2: CYP1A2, CYP2B6, CYP2C9          |   |

#### *Afname- en verzendcondities*

Afname: **1 buis EDTA volbloed** of **1 Oragene speekselafname (op aanvraag)**  
Bewaren: maximaal 5 dagen bij 4 °C kamertemperatuur  
verzenden: kamertemperatuur kamertemperatuur

**Verzendadres:** Catharina Ziekenhuis, Algemeen Klinisch Laboratorium, Postbus 1350, 5602 ZA, Eindhoven.  
**Contact:** 040-2398621/040-2398639, [birgit.deiman@catharinaziekenhuis.nl](mailto:birgit.deiman@catharinaziekenhuis.nl)