AANVRAAGFORMULIER BIOBANK ONCOLOGISCH CENTRUM GZA - Versie 11/05/2021

Versie 11/05/2021

GZA Sint-Augustinus, Oosterveldlaan 24, B-2610 WILRIJK - telnr: 03 443 36 37

DOKTER (stempel)	PATIENT (kleefvignet)
Naam:	Naam / Voornaam: Patiëntnr:
Adres:	Adres: Vrouw/Man
R.I.Z.I.V. nr.:	Geboortedatum:
Datum:	
Handtekening:	

BEMONSTERING

O Patiënt heeft toesteming gegeven voor bemonstering via ondertekening ICF

Geplande datum afname : *(dd-mm-jjjj)*

Afnameplaats:	O perifeer O centraal O.....	**Afname door:**	
Orgaan:	O borst O prostaat O	**Naam:**	
Datum afname: *(dd-mm-jjjj)*		**Functie:**	O arts Rizivnr:
Uur afname: *(uu:mm)*			O VPK GVAnr:

Gelieve voor de afname steeds een afspraak te maken in GZA agenda - CTO Agenda - CTO dagzaal chemo - **standaard** afname

O	**Standaard afname**		bewaring op Ktemp
	Serum tube*	6 ml	geel
	CPT tube*	10 ml	blauw/ zwart
	Streck tube*	3 x 10 ml	bruin/zwart

* tube volledig vullen

Opmerkingen aanvrager

uniek registratienummer (Bioslims)

Gelieve voor de afname steeds een afspraak te maken in GZA agenda - CTO Agenda - CTO dagzaal chemo - **speciale** afname

	Speciale afname: duid aan		bewaring op Ktemp				
O	Bloed	PAXgene tube*	rood				
O	Bloed	CellSave tube*	paars/geel	+	EDTA-tube	10ml	paars
O	CSV	CellSave tube*	paars/geel	+	EDTA-tube	10ml	paars
O	Beenmerg	CellSave tube*	paars/geel	+	EDTA-tube	10ml	paars
O	Ascites	recipiënt					
O	Weefsel**	recipiënt					

* tube volledig vullen **contacteer de Biobank ivm sprecifieke afspraken

Opmerkingen aanvrager

ONTVANGST en REGISTRATIE

(in te vullen door een medewerker van de biobank)

Datum: *dd-mm-jjjj)*		Tube	Aantal
Uur: *(uu:mm)*		□ Streck tube 10 ml	
Initialen:		□ CPT tube 10 ml	
		□ Serum tube 6ml	
		□ PAXgene tube	
		□ CellSave tube	
		□ EDTA tube 10 ml	
		□ Ascites	
		andere:	

Opmerkingen Biobank

Verwerking door TTP

Datum: Initialen TTP: