

Klinische checklist

'Stroke genpanel'

CENTRUM MEDISCHE GENETICA UZ GENT

Elke aanvraag voor het stroke genpanel dient vergezeld te zijn van een volledig ingevulde checklist. Aanvragen met onvolledige of ontbrekende checklist worden niet aanvaard.

NAAM PATIËNT: _____

GEBOORTEDATUM: _____

1. Stroke type

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ischemisch | <input type="checkbox"/> Hemorrhagisch |
| <input type="checkbox"/> Large artery – atherosclerose | <input type="checkbox"/> Large artery – aneurysma |
| <input type="checkbox"/> Large artery – dissectie | <input type="checkbox"/> Andere: _____ |
| <input type="checkbox"/> ACI* <input type="checkbox"/> ACE* <input type="checkbox"/> AV* <input type="checkbox"/> Andere: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Bilateraal | |
| <input type="checkbox"/> Small vessel disease | |
| <input type="checkbox"/> Cardio-emboligeen | |
| <input type="checkbox"/> Andere: _____ | |

2. Cerebrovasculaire risicofactoren (duidt aan welke van toepassing zijn)

- | | | |
|----------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Geen risicofactoren | <input type="checkbox"/> Hypercholesterolemie | <input type="checkbox"/> Hypertriglyceridemie |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Obesitas | <input type="checkbox"/> Tabagisme |
| <input type="checkbox"/> Hypertensie | <input type="checkbox"/> Druggebruik | <input type="checkbox"/> Andere: _____ |
| <input type="checkbox"/> Ethyl | | |

3. Persoonlijke antecedenten

- | | |
|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cardiovasculaire pathologie: | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> neen |
| <input type="checkbox"/> coronair lijden: | (leeftijd: ____ j.) |
| <input type="checkbox"/> perifere vaatlijden: | (leeftijd: ____ j.) |
| <input type="checkbox"/> Eerdere cerebrovasculaire pathologie: | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> neen |
| <input type="checkbox"/> stroke: | (leeftijd: ____ j.) |
| <input type="checkbox"/> TIA: | (leeftijd: ____ j.) |
| <input type="checkbox"/> afwijkingen NMR hersenen: | <input type="checkbox"/> oude ischemie <input type="checkbox"/> witte stofletsels <input type="checkbox"/> calcificaties |
| | <input type="checkbox"/> andere: _____ <input type="checkbox"/> locatie: _____ |

* ACI: arteria carotis interna, ACE: arteria carotis externa, AV: arteria vertebralis

- Infantiele hemiparese / epilepsie: ja neen
 specificeer: _____
- Nieraandoeningen: ja neen niet onderzocht
- nierfunctiebeperking (leeftijd: ____ j.)
- cystische nieren (leeftijd: ____ j.)
- verdikte basale membraan (leeftijd: ____ j.)
- hematurie, proteïnurie, microalbuminurie (leeftijd: ____ j.)
- andere: _____
- Huidafwijkingen: ja neen niet onderzocht
- specificeer: _____
- Oogafwijkingen: ja neen niet onderzocht
- tortuositeit retinale bloedvaten (leeftijd: ____ j.)
- retinale bloeding (leeftijd: ____ j.)
- retinopathie (leeftijd: ____ j.)
- andere: _____

4. Familiale anamnese (cardiovasculaire en cerebrovasculaire pathologie, nierpathologie, oogaandoeningen, huidaandoeningen)

ja neen

Gelieve te vermelden welke familieleden door welke ziekte getroffen zijn: