

AANVRAAGFORMULIER PROSTATE HEALTH INDEX (*phi*)

Geïntegreerde risicobepaling voor klinisch significante prostaat kanker door gecombineerde analyse van PSA, vrij PSA en [-2] proPSA en gewogen analyse van evidence-based risicofactoren.

Het is de verantwoordelijkheid van de aanvrager om de aanvraag volledig en correct in te vullen, te ondertekenen en de klinische gegevens kenbaar te maken.

PATIËNTGEGEVENS (volledig invullen of vignet kleven a.u.b.) Naam: Voornaam: Adres: Nr. Postnr.: Gemeente: Geboortedatum: <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> Mutualiteitsgegevens: <input type="checkbox"/> Gehospitaliseerde patiënt Rijksregisternummer:	AANVRAGER Dr. RIZIV nr.: Aanvraagdatum (DD-MM-JJJJ): <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> Handtekening: <input type="checkbox"/> Rapportkopie aan huisarts
--	--

Geïnformeerde toestemming: VERPLICHT IN TE VULLEN OP ACHTERZIJDE

<p align="center"><i>phi</i>-score via simultane meting van PSA, vrij PSA en [-2] proPSA (4466)</p> <p>UROLOGISCHE RISICOFACTOREN: Voorgaande prostaat biopsie: <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, specificeer: Datum:..... Gleason score:..... MRI prostaat < 6 maanden : <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> PI-RADS 5 <input type="checkbox"/> PI-RADS 4 <input type="checkbox"/> PI-RADS 3 <input type="checkbox"/> PI-RADS 2 <input type="checkbox"/> PI-RADS 1 Digital rectal examination (DRE) bevindingen: <input type="checkbox"/> normaal <input type="checkbox"/> abnormaal Transrectale echografie (TRUS) bevindingen: <input type="checkbox"/> normaal <input type="checkbox"/> abnormaal Volume bepaling prostaat <input type="checkbox"/> Schatting via DRE Geschat volume: <input type="checkbox"/> < 30 mL <input type="checkbox"/> 30-49 mL <input type="checkbox"/> 50-99 mL <input type="checkbox"/> > 100 mL <input type="checkbox"/> Meting via TRUS Gemeten volume:mL <input type="checkbox"/> Meting via MRI Gemeten volume:mL Bijkomende klinische info DRE/TRUS:.....</p> <p>ANAMNESTISCHE EN PATIËNT-GEBONDEN RISICOFACTOREN: Body mass index: Gewicht: kg Lengte: cm Etniciteit: <input type="checkbox"/> Kaukasisch <input type="checkbox"/> Afrikaanse origine <input type="checkbox"/> Aziatisch/Pacific <input type="checkbox"/> Andere:.....</p> <p>Indien familiale voorgeschiedenis suggestief voor germline varianten/erfelijke kanker predispositie (NCCN guideline): <input type="checkbox"/> Persoonlijke voorgeschiedenis van elk type kanker bij de patiënt <input type="checkbox"/> ≥ 1 eerstegraads verwanten (vader, broer, zoon) met prostaat kanker < 65 jaar <input type="checkbox"/> ≥ 2 bloedverwanten met diagnose van colorectale, endometrium, borst-, maag-, ovarium-, urotheliale, nier-, galweg- of pancreas kanker (geen leeftijdscriterium) <input type="checkbox"/> Gekende pathogene BRCA1/BRCA2/ATM of andere HRD variant in de familie Bij aankruisen van één van bovenstaande genetische risico's, specificeer relevante familiale voorgeschiedenis. Bij het vermoeden van familiale kanker predispositie kan genetische counseling en analyse van BRCA2/BRCA1/HOXB13/ATM varianten aangewezen zijn:</p> <p>Belangrijk voor correcte staal afname: 1 serum buis, minimaal 1 mL. Staal afnemen voorafgaand aan of min. 72h na prostaat manipulatie via DRE, TRUS, massage of biopsie. Serum binnen 3 uur na afname afscheiden van de cellen en ingevroren verzenden. Datum afname: / / Tijdstip afname: umin</p>
--

PROSTATE HEALTH INDEX (*phi*): GEÏNFORMEERDE TOESTEMMING VAN DE PATIËNT

1. Ik ben geïnformeerd over de mogelijkheden en beperkingen van de Prostate Health Index (*phi*) test, zoals beschreven in Clinical Summary (Beckman Coulter, USA). Ik heb de mogelijkheid gehad om aan mijn arts extra informatie te vragen.
2. Ik begrijp dat de *phi* score test wordt ondersteund door de richtlijnen van de European Association of Urology (EAU) en in de Verenigde staten een FDA-goedkeuring draagt voor diagnostisch gebruik. Ik begrijp dat de test echter momenteel nog niet wordt terugbetaald door het RIZIV/INAMI in België. **Door dit document te tekenen, verklaar ik me bereid de kost voor de *phi* score test (165 euro) integraal zelf te betalen zonder tussenkomst van het ziekenfonds.**
3. Ik begrijp dat de *phi* score test nuttig is om beter in te schatten of ik een klinisch significant prostaat kanker heb of niet, en dus baat heb bij een invasieve prostaat biopsie. De test geeft echter niet altijd een zwart/wit antwoord, maar wordt door de laboratorium artsen geïntegreerd in een probabiliteitsmodel in combinatie met andere risicofactoren, ingevuld op de voorzijde van dit aanvraagformulier.
4. Ik begrijp dat prostaat kanker kan ontstaan als gevolg van erfelijke genetische afwijkingen. Indien ik, op basis van mijn familiale gegevens ingevuld op de voorzijde, een verhoogd risico heb op erfelijke afwijkingen in genen als BRCA2, BRCA1, ATM, HOXB13, mag het ziekenhuis mij contacteren voor verdere genetische counseling en zo nodig DNA onderzoek.
5. Ik geef hierbij ook toestemming om de resultaten van mijn *phi* score test en geïntegreerde risico bepaling - eventueel in combinatie met de gegevens bekomen door microscopische of genomische analyse van de bijhorende prostaat biopsie - te gebruiken voor wetenschappelijke doeleinden en test optimalisatie. Ik geef toestemming om deze resultaten na strikte anonimisatie te verwerken in een wetenschappelijke presentatie of publicatie. Ik begrijp dat mijn gegevens in een databank opgenomen worden om de kwaliteit van de prostaat kanker screening te monitoren. Mijn gegevens zijn goed beschermd. Ik kan vragen om mijn gegevens te verwijderen uit de databank, zonder nadelig gevolg voor mezelf. Ik begrijp ook dat ik in uitzonderlijke gevallen kan opgebeld worden door een arts van het laboratorium indien bijkomende gegevens gewenst zijn, bijvoorbeeld inzake de verdere evolutie van mijn afwijkende prostaat waarden.

Neen, ik wil niet dat mijn geanonimiseerde gegevens gebruikt worden voor wetenschappelijk onderzoek

Akkoord patiënt

Naam en voornaam: Datum: / /

GSM:.....

Email:.....

Handtekening: