



Routine diagnostiek:  
g.f.h.diercks@path.umcg.nl

Genodermatosen:  
m.f.jonkman@derm.umcg.nl

**Aanvraagformulier BIOPT immunofluorescentiediagnostiek (volledig invullen)**

GEGEVENS PATIËNT

BSN

patiënt nummer  
naam m/v  
geboortedatum  
adres  
postcode  
woonplaats  
verzekering  
inschrijfnummer



VERZENDADRES

UMCG  
Laboratorium Immunodermatologie  
Huispostcode EA50  
Postbus 30.001 9700 RB Groningen  
Telefoon 050 - 361 28 71 / 361 35 52

UITSLAG EN DECLARATIE VERZENDEN AAN

IN TE VULLEN DOOR DE ARTS

Datum afname   
Behandelend arts   
Telefoon   
Ziekenhuis

TRANSPORTMEDIUM

fys.zout    liq.N2    Michel fix.

1) Biopt nr.   
Locatie

	perilesionaal	lesie	gezond
huid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mucosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2) Biopt nr.   
Locatie

	perilesionaal	lesie	gezond
huid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mucosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3) Biopt nr.   
Locatie

	perilesionaal	lesie	gezond
huid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mucosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

KLINIEK

Klinische DD / relevante gegevens (o.a. medicatie)

TOELICHTING

- anesthesie: bij voorkeur lidocaïne of vergelijkbaar
- biopt(en): bij voorkeur 4 mm ponsbiopt  
*cave:* - locatie en type biopt(en) afhankelijk van DD (zie indicatie);  
- bij bulleuze autoimmuunziekte ook **stolbloed** meesturen!
- transport: in fysiologisch zoutopl. (5ml polypropyleenbuisje), per expressepost versturen (≤ 24 uur), tenzij anders door ons geadviseerd

Indicatie IF biopten (zie ook onze indicatielijst)

- blaarziekten: perilesionaal & gezond (bovenarm)
- lichen (LR/LP): lesie (papier; mucosa)
- collageenziekten: oude lesie & gezond (pols dorsaal)
- vasculitiden: verse lesie & perilesionaal (onderbeen)  
*cave:* géén erosie, excoriatie, necrotische lesie insturen voor IF.

IN TE VULLEN DOOR LABORATORIUM IMMUNODERMATOLOGIE

Datum ontvangst   
Aanvr. afd. code   
Paraaf

