## Naset:Jesper:JOBB:15-1171 NBR grafisk profil:GRAFISKA ELEMENT:bubblor:info:RGB:info_bubblor 3_RGB.pngSamtyckesbegränsningför ditt biobanksprov

(Gäller ej PKU prov – se separat talong)

***Nej-talongen***

***nedan används om
du inte samtycker
till att tagna prov
sparas.***

|  |  |
| --- | --- |
| Vissa prov sparas för att kunna vara till nytta för din framtida vård, diagnostik och behandling. Prov kan också ha ett stort värde för den medicinska forskningen. All forskning måste godkännas av etikprövningsnämnden. | Nej-talongen nedan används enbart om du vill begränsa eller återta samtycke för det sparade provet.Vill du veta mer om biobankslagen och sparande av prov, se 1177.se eller www.biobanksverige.se. |

## Nej-talong (Fyll gärna i den tillsammans med sjukvårdspersonal)

Ange provuppgifter som identifierar vilket prov det gäller (VÄNLIGEN TEXTA):

|  |  |
| --- | --- |
| Namn: …………………………………….…….. | Personnummer: \_\_\_\_\_­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_- \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Sjukhus/mottagning: ………….……….…….……….... | Provtagningsdag/-period: ………………….. |
| **Typ av prov, ett eller flera:** |
| [ ]  Blodprov | Plats för streckkod (ej krav): ……..…...…….... |
| [ ]  Cell- eller vävnadsprov |  |
| [ ]  Annat prov |  |

**Jag samtycker till att provet sparas för:**

Ja Nej

[ ]  [ ]  Framtida vård och behandling

[ ]  [ ]  Forskning eller klinisk prövning

[ ]  [ ]  Utbildning, kvalitets- och utvecklingsarbete inom vården

Om du kryssat nej på alla tre alternativen ovan kommer provet antingen att kastas eller att avidentifieras efter analys. Observera att analysresultatet inte kastas.

**Jag vill att bekräftelse på denna talongs genomförande skickas till folkbokföringsadressen:**

[ ]  Ja [ ]  Nej

**Underskrift**

Undertecknas av provgivare/patient.

(Omyndiga provgivare/patient företräds av sin/sina vårdnadshavare. Om det finns två vårdnadshavare måste båda skriva under. Provgivare mellan 15–18 år som anses beslutskompetenta kan själva underteckna nej-talongen.)

Datum: …………………….

Underskrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Underskrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Namnförtydligande: …………………………....  | Namnförtydligande: ……………………………....  |

*Uppgifter om prov och analyser journalförs för att säkerställa din aktuella vård och behandling. All personuppgiftsbehandling i hälso- och sjukvården sker i enlighet med dataskyddsförordningen (GDPR) och patientdatalagen.*

*Läsa mer om GDPR på* [*www.datainspektionen.se*](http://www.datainspektionen.se)

**Skickas till:** det landsting/region där du tagit det aktuella provet. Adresser hittar du på [www.biobanksverige.se](http://www.biobanksverige.se)

biobanksverige.se