

# Samtyckesbegränsning för ditt biobanksprov

(Gäller ej PKU prov – se separat talong)

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](http://1177.se) eller [www.biobanksverige.se](http://www.biobanksverige.se).

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

## 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  
 Cell- eller vävnadsprov  
 Annat prov

Plats för streckkod (ej krav): .....

### Jag samtycker till att provet sparas för:

- | Ja                       | Nej                      |  |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Framtida vård och behandling                             |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Forskning eller klinisk prövning                         |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 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: .....

**Skickas till: Den region där du tagit  
det aktuella provet.**

**Har du tagit ditt prov i Region Dalarna  
skickas blanketten till:  
Biobankssamordnare  
Patologi och Cytologi Dalarna,  
Falu lasarett, 791 82 Falun**



**Provet/proverna har hanterats enligt  
beslut ovan**

Datum.....

Underskrift.....