

Vill du inte spara ditt prov?

Vissa prov sparas rutinmässigt för att kunna vara till nytta för din framtida vård och behandling. Proven kan också ha ett stort värde för den medicinska forskningen. Det är dock du själv som avgör om ditt prov får sparas eller om det måste förstöras eller avidentifieras.

Talongen använder du om du **inte samtycker** till att provet får sparas eller om du vill **begränsa användningen** av ditt sparade prov. Markera ditt val med kryss nedan, ange uppgifter om provet och underteckna med namn och datum. Skicka sedan talongen till adressen längst ner på talongen. I väntan på en undertecknad talong sparas ditt prov tills vidare.

OBS! Om du samtycker till att ditt prov sparas, behöver du **inte** skicka in talongen!

Vill du veta mer om biobankslagen och sparande av prov, se Regionalt biobankscentrums hemsida www.rbc Syd.se

Nej-talong

Provet får sparas för vård och behandling, men inte användas till

- forskning eller klinisk prövning
 utbildning, kvalitets- och utvecklingsarbete inom vården.

Provet ska förstöras eller avidentifieras efter analys.

Provet kommer antingen att förstöras eller avidentifieras – du kan inte välja antingen det ena eller det andra. Avidentifiering innebär att provet finns kvar, men att möjligheten att identifiera att det är du som är provgivaren försvinner efter analys. Om du vill ha en bekräftelse **när provet har förstörts eller avidentifierats**, kryssa i rutan nedan. Observera att analysresultatet inte förstörs.

Ja tack, skicka bekräftelse till min folkbokföringsadress.

Provuppgifter

Provuppgifterna kan gärna fyllas i tillsammans med sjukvårdspersonal.

Ange här uppgifter som identifierar vilket prov det gäller (TEXTA!):

Namn: Personnummer:

Provtagningsdag/-period: Sjukhus/mottagning:

blodprov cell- eller vävnadsprov annat prov

Plats för streckkod (ej krav):

Underskrift

Provgivare/patient alternativt **vårdnadshavare** ska underteckna talongen. **OBS!** Om talongen gäller barn/underårig och det finns två vårdnadshavare, måste båda skriva under

Datum:

Underskrift: (Underskrift).....

Namnförtydligande..... (Namnförtydligande).....

Undertecknad av provgivare/patient *eller* Undertecknad av vårdnadshavare

Skickas till: **Regionalt biobankscentrum, Södra sjukvårdsregionen, 221 85 Lund**