

Arabiska

## ألا تريد الاحتفاظ بالعينّة التي قدّمتها؟

يجري الاحتفاظ ببعض العينّات بشكل روتيني للتمكن من الاستفادة منها في رعايتك ومعالجتك في المستقبل. كما أن العينّات يمكن أن تكون ذات أهمية كبيرة للبحوث الطبية. إنك أنت صاحب القرار فيما يتعلق بالاحتفاظ بالعينّة التي قدّمتها أو إتلافها أو جعلها مجهولة الهوية.

استخدم الأرومة إذا لم توافق على الاحتفاظ بالعينّة أو إذا كنت تريد أن تحدّ من استخدام العينّة المُحتَقَظ بها. ضع إشارة X بجانب اختيارك أدناه، واذكر المعلومات المتعلقة بالعينّة ثم وقّع مع ذكر الاسم والتاريخ. أرسل الأرومة بعد ذلك إلى العنوان المذكور في أسفل الأرومة. بانتظار الأرومة موقّعة فإننا نحتفظ بالعينّة التي قدّمتها حتى إشعار آخر.

**ملاحظة!** إن كنت توافق على الاحتفاظ بالعينّة لكافة الغايات المذكورة أدناه، فلا حاجة لإرسال الأرومة!

لمعرفة المزيد عن قانون البنك الحيوي والاحتفاظ بالعينّات، انظر الموقع: [www.biobanksverige.se](http://www.biobanksverige.se)

## أرومة الرفض /Nej-talong/

يمكن الاحتفاظ بالعينّة بهدف الرعاية والعلاج، ولكن ليس بهدف:

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

[ ] البحوث والاختبارات السريرية /forskning eller klinisk prövning/

[ ] التعليم وأعمال التطوير والتحسين في مجال الرعاية /utbildning, kvalitets- och utvecklingsarbete inom vården/

[ ] يجب إتلاف العينّة أو جعلها مجهولة الهوية بعد التحليل. /Provet ska förstöras eller avidentifieras efter analys/

سيجري إما إتلاف العينّة أو جعلها مجهولة الهوية – لا يمكنك أن تختار أحد الأمرين تحديداً. إن جعل العينّة مجهولة الهوية يعني الإبقاء عليها، ولكن بعد تحليلها لن يكون بالإمكان معرفة أنك أنت من تقدّم بالعينّة. إذا أردت الحصول على تأكيد بأنه تمّ إتلاف العينّة أو جعلها مجهولة الهوية، ضع إشارة X في المربع أدناه. لاحظ أنه لن يتمّ إتلاف نتيجة التحليل.

[ ] نعم، أرسلوا لي تأكيداً على عنواني المذكور في قيد النفوس. /Ja tack, skicka bekräftelse till min folkbokföringsadress/

## المعلومات المتعلقة بالعينّة /Provuppgifter/

يمكن ملء المعلومات المتعلقة بالعينّة بمساعدة العاملين في الرعاية الصحية.

اذكر هنا المعلومات التي تحدّد العينّة المقصودة (اكتب بوضوح!):

الاسم: ..... الرقم الشخصي: .....  
Namn ..... Personnummer

تاريخ أخذ العينّة / فترة أخذ العينّة: ..... المستشفى / العيادة: .....  
Provtagningsdag-/period ..... Sjukhus/mottagning

[ ] عينّة دم /blodprov/

[ ] عينّة خلوية أو عينّة نسيجية /cell- eller vävnadsprov/

[ ] نوع آخر من العينّات /annat prov/

مكان شفرة الأعمدة /Plats för streckkod/ (ليس ضرورياً):

## التوقيع /Underskrift/

يجب أن يوقّع على الأرومة المتقدّم بالعينّة / المريض أو حامل حق الحضانة.

**ملاحظة!** إذا كانت الأرومة تتعلق بطفل / قاصر مع وجود شخصين يحملان حق الحضانة، فيجب أن يقوموا معاً بالتوقيع.

التاريخ: .....  
Datum

التوقيع: ..... (التوقيع)  
Underskrift (Underskrift)

[ ] الموقع هو المتقدّم بالعينّة / المريض أو .....  
Undertecknad av provgivare/patient

[ ] الموقع هو حامل حق الحضانة  
Undertecknad av vårdnadshavare

تُرسل الأرومة إلى //Skickas till//: Regionalt biobanksregister, Universitetssjukhuset i Lund, 221 85 Lund.