

## Si vous désirez que votre prélèvement ne soit pas conservé

**Certains prélèvements sont conservés par habitude pour servir à vos soins et traitements ultérieurs. Vos prélèvements peuvent également être très précieux pour la recherche médicale. Cependant, c'est à vous de décider si vos prélèvements doivent être conservés ou s'ils doivent être détruits ou anonymisés.**

Utilisez le coupon-réponse ci-dessous si **vous n'acceptez pas** que le coupon soit conservé ou si vous désirez en **limiter l'utilisation**. Indiquez votre choix en cochant ci-dessous, indiquez les données du prélèvement et votre nom en toutes lettres et signez. Envoyez ensuite le coupon à l'adresse indiquée tout en bas. Dans l'attente du coupon-réponse signé, votre prélèvement sera conservé jusqu'à nouvel ordre.

**ATTENTION !** Si vous acceptez que vos prélèvements soient conservés pour toutes les utilisations indiquées ci-dessous, vous n'avez **pas besoin d'envoyer** ce coupon !

Pour en savoir plus sur la loi suédoise sur les biobanques et la conservation de prélèvements, consultez le site [www.biobanksverige.se](http://www.biobanksverige.se)

### Coupon de réponse négative/Nej-talong/

**J'autorise que le prélèvement soit conservé pour les soins et traitements, mais pas pour :** /Provet får sparas för vård och behandling, men inte användas till/

**La recherche ou les essais cliniques**/forskning eller klinisk prövning/

**La formation, les travaux sur la qualité et le développement des soins**/utbildning, kvalitets- och utvecklingsarbete inom vården/

**Je désire que le prélèvement soit détruit ou anonymisé après l'analyse.** /Provet ska förstöras eller avidentifieras efter analys/

Le prélèvement sera soit détruit, soit anonymisé. Vous ne pouvez pas choisir l'un ou l'autre. L'anonymisation signifie que votre prélèvement est conservé, mais que la possibilité de vous identifier comme son propriétaire disparaît après l'analyse. Si vous désirez que l'on vous confirme que le prélèvement a été détruit, cochez ci-dessous. Attention : le résultat de l'analyse ne sera pas détruit.

Oui, je désire recevoir confirmation à l'adresse de mon domicile./Ja tack, skicka bekräftelse till min folkbokföringsadress/

### Données concernant le prélèvement/Provuppgifter/

Le personnel de soins vous aidera volontiers à remplir ces données.

Indiquez ici les données d'identification du prélèvement (en lettres d'imprimerie) :

Nom : ..... No. d'état-civil : .....  
Namn ..... Personnummer .....

Date ou période de prélèvement : ..... Nom de l'hôpital/du centre de soins : .....  
Provtagningdag/-period ..... Sjukhus/mottagning .....

Prélèvement de sang/blodprov/

Prélèvement de cellules ou de tissus/cell- eller vävnadsprov/

Autre prélèvement/annat prov/

Place pour le code-barres/Plats för streckkod/ (pas obligatoire) :

### Signature/Underskrift/

Le coupon peut être signé soit par **le donneur/le patient**, soit par **le titulaire de la garde**. **ATTENTION !** Si le coupon concerne un enfant/un mineur et qu'il y a deux titulaires de la garde, les deux doivent signer.

Date : .....  
Datum .....

Signature : .....  
Underskrift .....

(Signature) : .....  
(Underskrift) .....

Signé par le donneur/le patient  
Undertecknad av provgivare/patient

ou

Signé par le titulaire de la garde  
Undertecknad av vårdnadshavare

Envoyer à /Skickas till: Regionalt biobanksregister, Universitetssjukhuset i Lund, 221 85 Lund.