

Grekiska

**Δε θέλετε να διατηρηθεί το δείγμα σας;**

Ορισμένα δείγματα διατηρούνται αυτόματα για να σας χρησιμεύσουν σε ενδεχόμενη προσεχή νοσηλεία και θεραπεία. Επίσης, τα δείγματα ίσως να έχουν μεγάλη αξία για την ιατρική επιστημονική έρευνα. Είναι ωστόσο στο χέρι σας εάν το δείγμα σας θα διατηρηθεί ή εάν πρέπει να καταστραφεί ή να διαγραφούν τα στοιχεία του δότη.

Χρησιμοποιήστε το παρόν δελτίο εάν **δεν συγκατατίθεστε** στη διατήρηση του δείγματος σας ή εάν θέλετε να **περιορίσετε τη χρήση** του δικού σας διατηρημένου δείγματος. Σημειώστε την επιλογή σας εδώ κάτω, αναφέρετε τα στοιχεία του δείγματος και υπογράψτε με όνομα και ημερομηνία. Στείλτε έπειτα το δελτίο στη διεύθυνση που υπάρχει κάτω-κάτω στο κουπόνι. Το δείγμα σας διατηρείται κατά την αναμονή της απάντησης σας.

**ΠΡΟΣΟΧΗ!** Εάν συγκατατίθεστε στη διατήρηση του δείγματος σας για τους κάτω αναφερόμενους σκοπούς **δε** χρειάζεται να στείλετε το δελτίο!

Εάν θέλετε περαιτέρω πληροφορίες για το νόμο περί βιολογικής τράπεζας και για την διατήρηση των δειγμάτων, βλ. [www.biobanksverige.se](http://www.biobanksverige.se).

**Δελτίο-Άρνησης/Nej-talong/**

**Το δείγμα μπορεί να διατηρηθεί για νοσηλεία και θεραπεία, αλλά όχι για/** *Provet får sparas för vård och behandling, men inte användas till/*

έρευνα ή κλινική δοκιμή/*forskning eller klinisk prövning/*

εκπαίδευση, ποιοτική και αναπτυξιακή εργασία στο νοσηλευτικό τομέα/*utbildning, kvalitets- och utvecklingsarbete inom vården/*

**Το δείγμα πρέπει να καταστραφεί ή να μην αναγράφονται τα στοιχεία του δότη μετά από ανάλυση.**  
*/Provet ska förstöras eller aidentifieras efter analys/*

Το δείγμα είτε θα καταστραφεί είτε θα διαγραφούν τα στοιχεία του δότη – δεν μπορείτε να επιλέξετε τη μια ή την άλλη επιλογή. Η διαγραφή των στοιχείων του δότη σημαίνει ότι το δείγμα σας διατηρείται, αλλά η δυνατότητα να αναγνωριστεί ότι εσείς είστε ο δότης χάνεται μετά από την ανάλυση. Εάν θέλετε μια επιβεβαίωση **ότι το δείγμα έχει καταστραφεί ή τα στοιχεία του δότη έχουν διαγραφεί**, σημειώστε το κουτάκι εδώ κάτω. Προσέξτε ότι τα αποτελέσματα της ανάλυσης δεν καταστρέφονται.

Ναι ευχαριστώ, στείλτε την επιβεβαίωση στη διεύθυνση κατοικίας μου./*Ja tack, skicka bekräftelse till min folkbokföringsadress/*

**Στοιχεία δείγματος/Provuppgifter/**

Τα στοιχεία δείγματος μπορούν ευχαρίστως να συμπληρωθούν με νοσηλευτικό προσωπικό.

Αναφέρετε εδώ τα στοιχεία σχετικά με το επικείμενο δείγμα (ΜΕ ΚΕΦΑΛΑΙΑ!):

Όνομα:..... Αριθμός μητρώου: .....  
*Namn Personnummer*

Ημερομηνία/περίοδος δειγματοληψίας: ..... Νοσοκομείο/ιατρείο: .....  
*Provtagningsdag/-period Sjukhus/mottagning*

δείγμα αίματος/*blodprov/*  δείγμα κυττάρων ή ιστού/*cell- eller vävnadsprov/*  άλλο δείγμα/*annat prov/*

Θέση για γραμμικό κωδικό/*Plats för streckkod/* (όχι απαραίτητο):

**Υπογραφή/Underskrift/**

**Δότης του δείγματος/ασθενής ή κηδεμόνας** πρέπει να υπογράψει το δελτίο. **ΠΡΟΣΟΧΗ!** Εάν το δελτίο αφορά παιδί/ανήλικο άτομο και υπάρχουν δύο κηδεμόνες πρέπει και οι δύο να υπογράψουν.

Ημερομηνία: .....  
*Datum*

Υπογραφή: ..... (Υπογραφή).....  
*Underskrift (Underskrift)*

Υπογεγραμμένο από το δότη του δείγματος/ασθενή *ή*  Υπογεγραμμένο από κηδεμόνα  
*Undertecknad av provgivare/patient Undertecknad av vårdnadshavare*

Να σταλεί σε/*Skickas till/* Regionalt biobanksregister, Universitetssjukhuset i Lund, 221 85 Lund.