

คุณไม่ต้องการเก็บผลการตรวจสอบของคุณ ใช่หรือไม่ ?

ผลการตรวจสอบบางอย่างจะได้รับการเก็บรักษาไว้

ทั้งนี้เพื่อจะสามารถนำมาใช้ให้เป็นประโยชน์ในการรักษาพยาบาลคุณในอนาคต

ผลการตรวจสอบอาจมีประโยชน์สำหรับการวิจัยทางการแพทย์

และคุณเองก็จะเป็นผู้ตัดสินใจเกี่ยวกับเรื่องผลการตรวจสอบว่าจะให้เก็บรักษาเอาไว้ หรือว่าให้ทำลายหรือตัดออกจากการระบุตัวบุคคล

ขอให้คุณใช้แบบฟอร์มนี้ ถ้าคุณไม่เห็นด้วยว่าจะให้มีการเก็บรักษาผลการตรวจสอบ

หรือถ้าคุณต้องการจำกัดการใช้ผลการตรวจสอบของคุณที่มีการเก็บรักษาเอาไว้

ทำเครื่องหมายโดยการกากะบาทข้างล่างนี้ ระบบข้อมูลเกี่ยวกับผลการตรวจสอบ และลงลายมือชื่อพร้อมวันที่

หลังจากนั้นให้ส่งไปยังที่อยู่ที่ยกกลางสุดของแบบฟอร์มนี้ ในขณะที่รอยกดแบบฟอร์มที่คุณจะส่งให้

จะมีการเก็บรักษาผลการตรวจสอบของคุณไว้

หมายเหตุ ! ถ้าคุณเห็นด้วยว่าจะให้มีการเก็บรักษาผลการตรวจสอบของคุณ เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ได้ทุกอย่าง

ตามที่ระบุอยู่ข้างล่างนี้ คุณก็ไม่จำเป็นต้องส่งแบบฟอร์มนี้กลับให้เรา !

ถ้าคุณต้องการทราบเพิ่มเติมเกี่ยวกับกฎหมายธนาคารชีวเวช และเรื่องการเก็บรักษาผลการตรวจสอบ คุณสามารถดูได้จาก www.biobanksverige.se

แบบฟอร์มสำหรับตอบปฏิเสธ/Nej-talong/

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

วิจัย หรือการทดสอบที่คลินิก/forskning eller klinisk prövning/

การศึกษา คุณภาพ-และงานพัฒนาเรื่องการรักษาพยาบาล/utbildning, kvalitets- och utvecklingsarbete inom vården/

ให้ทำลาย หรือยกเลิกการระบุตัวบุคคลของผลการตรวจสอบหลังจากที่วิเคราะห์แล้ว/Provet ska förstöras eller avidentifieras efter analys/

ให้ทำลายหรือยกเลิกการระบุตัวบุคคล – คุณไม่สามารถเลือกอย่างหนึ่งอย่างใดได้ การยกเลิกการระบุตัวบุคคล

หมายถึงว่าผลการตรวจสอบนี้ยังคงมีอยู่ แต่จะไม่สามารถระบุได้ว่าบุคคลที่ได้ทำการตรวจสอบ

หลังจากที่ได้มีการวิจัยแล้ว ถ้าคุณต้องการคำยืนยันหลังจากที่ได้มีการทำลาย หรือยกเลิกการระบุตัวบุคคลแล้ว

ขอให้ทำเครื่องหมายกากะบาทในช่องข้างล่างนี้ โปรดสังเกตด้วยว่า จะไม่มีการทำลายผลการวิจัย

ใช่ ขอขอบคุณ และขอให้ส่งใบยืนยันไปยังที่อยู่ของฉันที่มีอยู่ในทะเบียนราษฎร/Ja tack, skicka bekräftelse till min folkbokföringsadress/

ข้อมูลผลการตรวจสอบ/Provuppgifter/

ข้อมูลผลการตรวจสอบนี้ สามารถกรอกได้ด้วยความช่วยเหลือของเจ้าหน้าที่รักษาพยาบาล

ระบุไว้ตรงนี้ ถึงข้อมูลที่แสดงว่าเกี่ยวกับผลการตรวจสอบอันไหน (เขียนตัวบรรจง !):

ชื่อ:
Namn

หมายเลขประจำตัวบุคคล:
Personnummer

วัน / กำหนดเวลา ที่ทำการตรวจผล:
Provtagningsdag/-period

โรงพยาบาล/แผนกโรคคนไข้:
Sjukhus/mottagning

ตรวจเลือด/blodprov/

ตรวจเซลล์ –หรือเยื่อ/cell- eller vävnadsprov/

ตรวจอย่างอื่น/annat prov/

ที่สำหรับกรอกรหัส/Plats för streckkod/ (ไม่บังคับ):

ลายมือชื่อ/Underskrift/

ผู้ให้ทำการตรวจ / คนไข้ หรือ ลงชื่อโดยผู้มีอำนาจปกครองจะต้องลงลายมือชื่อในแบบฟอร์มนี้ **หมายเหตุ !**

ถ้าแบบฟอร์มนี้เกี่ยวกับเด็ก / ผู้เยาว์ และมีผู้มีอำนาจปกครองสองคน จะต้องลงลายมือชื่อทั้งสองคน.

วันที่:
Datum

ลายมือชื่อ:
Underskrift

(ลายมือชื่อ):
(Underskrift)

ลายมือชื่อของผู้ให้ทำการตรวจ/คนไข้

Undertecknad av provgivare/patient

ลายมือชื่อของผู้มีอำนาจปกครอง

Undertecknad av vårdnadshavare

ส่งไปยัง/Skickas till: | Regionalt biobanksregister, Universitetssjukhuset i Lund, 221 85 Lund.