Stockholms läns landsting

Till er som inte vill att ert barns PKU-prov ska sparas, så kallad Nej-talong

Ert barn har nyligen lämnat ett PKU-prov. Detta prov sparas rutinmässigt för att säkra möjligheten till att ert barn i framtiden ska få säker diagnostik och rätt behandling. Det kan också ha ett stort värde för den medicinska forskningen

Nej-talongen använder ni i följande fall:

- Om ni inte samtycker till att provet ska sparas.
- Om ni vill begränsa användningen av det sparade provet.

Markera då ert val på Nej-talongen nedan, ange uppgifter om provet och underteckna. Skicka talongen till Stockholms Regionala Biobankscentrum, adress längst ner på talongen. Ert barns prov sparas tills denna talong inkommit till oss undertecknad av båda vårdnadshavarna alternativt vårdnadshavaren om det bara finns en.

Om ni samtycker till att spara ert barns prov för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet behöver ni inte skicka in denna talong.

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.

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

[ ] Ja tack, skicka bekräftelse till folkbokföringsadressen.

Provuppgifterna kan gärna fyllas i tillsammans med sjukvårdspersonal.

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

Moderns namn:…….. och personnummer:……

Barnets födelsedag:……. Provtagningsdatum:……

Födelsesjukhus:……...

Underskrift
Vårdnadshavare alternativt **provgivare/patient** ska underteckna talongen.

Datum: .....……

Underskrift: ..... (Underskrift)…….....…...

[ ] Undertecknad av provgivare/patient *eller* **[ ]** Undertecknad av vårdnadshavare

OBS! Om talongen gäller barn/underårig och det finns två vårdnadshavare, måste båda skriva under.
Skickas till: Stockholms Regionala Biobankscentrum, Box 4151, 141 04 Huddinge