

# BIOBANKSAMTYCKE OCH GODKÄNNANDE FÖR/VID SIDAN OM MINDERÅRIGT BARN



## Jag ger mitt samtycke till att mitt minderåriga barns

Namn \_\_\_\_\_ Personbeteckning \_\_\_\_\_

- prov och uppgifter som tas i framtiden i samband med provtagning inom vård får samlas och överges till biobanken, samt förvaras och hanteras i biobanken.
- prov som tas i övriga samband (t.ex. forskning) får överges till biobanken.

## Jag godkänner att personuppgifter som gäller mitt minderåriga barn och hens hälsotillstånd får

- förvaras och hanteras i biobanken, samt bifogas till samplet,
- kombineras med andra registeruppgifter enligt redogörelsen,
- överlämnas kodade till biobankforskning även utanför Europeiska unionen,
- överlämnas med identifikation om behovet är motiverat (t.ex. överlåta personbeteckningen till en annan personuppgiftsansvarig för att kombinera material).

Mitt samtycke och godkännande grundar sig på *Hematologiska biobankens redogörelse för provgivare, minderårig* (redogörelse vid namnet TIE-0188, edition 1) samt tillhörande följebrevet för vårdnadshavare (följebrev vid namnet TIE-0189, edition 1). Jag har fått en tillräcklig redogörelse från en professionell som känner till biobankverksamheten. Jag har fått veta att samtycket och godkännandet är helt och hållet frivilligt. Jag kan återkalla samtycket före insamling och övergivning av proven till biobanken och/eller göra invändning mot användning av överförda materialet utan att det påverkar mitt barns sjukdomens vård på något sätt genom att leverera underskrivna biobankförbudsblanketten till Hematologiska biobanken. Jag har diskuterat saken med mitt barn enligt hans/hennes uppfattningsförmåga och han/hon motsätter sig inte samtycket. En professionell inom hälsovården har evaluerat mitt barns uppfattningsförmåga, och mitt barn har fått information om biobanken enligt sin ålder och utvecklingsnivå.

Jag har kommit överens om givande av samtycke med barnets andra vårdnadshavare (gemensam vårdnad).

## Jag samtycker dessutom till att biobanken kan kontakta mig och/eller mitt barn i följande situationer:

Viktig information om hälsan framkommer i studierna som kan vara till nytta för barnet när det gäller behandling eller förebyggande av sjukdom.  Ja  Nej

Mitt barn kan vara lämplig för en studie som inte omfattas av detta samtycke.  Ja  Nej

## Vårdnadshavarens samtycke och godkännande

Vårdnadshavarens namn \_\_\_\_\_ Personbeteckning \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Underskrift \_\_\_\_\_

## Den minderåriges medsamtycke och -godkännande

Jag har fått information om biobanken och samtycker till att mina prov och uppgifter kan användas av biobanken. Jag vet att jag kan när som helst ändra min åsikt och fylla i biobankförbudsblanketten.

Datum \_\_\_\_\_ Barnets/den ungas underskrift \_\_\_\_\_

## Redogörelsens givare och samtyckets och godkännandets mottagare

Namn, underskrift och datum