

## آیا نمی خواهید آزمایش شما نگاهداری شود؟

برخی آزمایشات بر طبق روش جاری اداری نگاهداری می شوند تا بتوان از آنها در امر درمان آتی شما بهره برداری نمود. این آزمایشات واجد ارزش فراوانی برای پژوهش های پزشکی نیز هستند. ولی در عین حال این خود شما هستید که تصمیم می گیرید که آیا آزمایشات شما نگاهداری بشوند یا اینکه بایستی آنها نابود شوند و یا هویت زدانی شوند.

چنانچه شما موافق نباشید که آزمایشات شما نگاهداری شوند و یا اگر مایلید که از آزمایشات نگاهداری شده شما، استفاده محدودی صورت بگیرد، از فرم جوابیه زیر استفاده نمایید. انتخاب خود را با زدن علامت ضربدر مشخص نمایید. تاریخ و مشخصات آزمایش و نام خود را قید نموده و فرم را امضاء نمایید. فرم جوابیه را سپس به آدرسی که در پائین جوابیه مشاهده می شود ارسال نمایید. در ضمن مدت انتظار دریافت جوابیه امضاء شده شما، آزمایشات تان تا اطلاع ثانوی نگاهداری خواهند شد.

**توجه!** چنانچه شما موافق باشید که آزمایشات شما برای تمامی مقاصد گوناگونی که در پائین از آنها نام برده شده است، نگاهداری شوند نیازی نیست که فرم جوابیه را ارسال نمایید.

برای دریافت اطلاعات بیشتر پیرامون قانون بانک زیستی و نگاهداری آزمایشات به این آدرس رجوع نمایید:

[www.biobanksverige.se](http://www.biobanksverige.se)

فرم جواب منفی /*Nej-talong*/

آزمایش را می توان به منظور درمان و معالجه نگاهداری نمود، ولی نمی توان از آن برای مقاصد زیر استفاده نمود

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

[ ] پژوهش و یا آزمایشات بالینی */forskning eller klinisk prövning/*

[ ] امور آموزشی، کار بهبود کیفیت و توسعه خدمات درمانی */utbildning, kvalitets- och utvecklingsarbete inom vården/*

[ ] **آزمایش بایستی پس از بررسی نابود شود و یا هویت زدانی شود.** */Provet ska förstöras eller avidentifieras efter analys/*

این آزمایش یا نابود خواهد شد و یا هویت زدانی خواهد شد. شما نمی توانید یکی از این دو گزینه را انتخاب نمایید. هویت زدانی بدین معناست که آزمایش مزبور نگاهداری می شود، ولی پس از بررسی آزمایش، این امکان وجود نخواهد داشت که هویت شما مشخص شود و شما به عنوان تحویل دهنده آزمایش، قابل ردیابی نخواهید بود. اگر بخواهید تأیید نامه ای پس از نابودی و یا هویت زدانی آزمایش دریافت دارید، می توانید انتخاب خود را با زدن علامت ضربدر مشخص نمایید. توجه داشته باشید که نتیجه بررسی آزمایش نابود خواهد شد.

[ ] آری، سپاسگزارم. تأیید نامه را به آدرس ثبت شده من در اداره ثبت احوال بفرستید.

*/Ja tack, skicka bekräftelse till min folkbokföringsadress!*

اطلاعات درباره آزمایش */Provuppgifter/*

در صورت تمایل می توانید اطلاعات مربوط به آزمایش ها را همراه با کارکنان خدمات درمانی پُر کنید.

اطلاعات لازم درباره مشخصات هر آزمایش را در اینجا بنویسید (بطور خوانا بنویسید!)

شماره شخصی: ..... نام: .....  
Personnummer Namn

بیمارستان/ مطب: ..... تاریخ/ دوره آزمایش: .....  
Sjukhus/mottagning Provtagningsdag/-period

[ ] آزمایش خون */blodprov/* [ ] آزمایش سلول یا بافت */cell- eller vävnadsprov/* [ ] آزمایش دیگر */annat prov/*

محل کد خطی */Plats för streckkod/* (اجباری نیست):

امضاء */Underskrift/*

فرم جوابیه بایستی از طرف **آزمایش دهنده/ بیمار** و یا **سرپرست** وی امضاء شود.

توجه! اگر این فرم جوابیه مربوط به یک کودک/ خردسال است، و دو سرپرست وجود داشته باشد، بایستی هر دو امضاء نمایند.

تاریخ: .....  
Datum

امضاء: ..... (امضاء): .....  
Underskrift (Underskrift)

[ ] امضاء آزمایش دهنده/ بیمار *Undertecknad av provgivare/patient*  
یا [ ] امضاء سرپرست *Undertecknad av vårdnadshavare*

*/Skickas till/* به آدرس زیر فرستاده شود: