

# Samtyckesbegränsning för ert barns PKU prov

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 nedan används om du vill begränsa eller återta samtycke av

det sparade provet eller inte samtycker till att tagna prov sparas.

Om du inte vill begränsa ditt samtycke, utan samtycker till alla tre kategorierna nedan, behöver du inte skicka in talongen.

Vill du veta mer om biobankslagen och sparande av prov, se [www.biobanksverige.se](http://www.biobanksverige.se)

**Nej-talongen  
nedan används om  
du inte samtycker  
till att tagna prov  
sparas.**

## Nej-talong PKU-prov barn (Fyll gärna i den tillsammans med sjukvårdspersonal)

Ange provuppgifter som identifierar vilket prov det gäller (VÄNLIGEN TEXTA):

Moderns namn: ..... och personnummer: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Barnens personnummer: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Tvilling 1  Tvilling 2

Adopterad

Provtagnings datum: .....

Födelsesjukhus: .....

### Jag/vi samtycker till att provet sparas för:

- | Ja                       | Nej                      |  |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Vård, diagnostik och behandling                          |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Forskning eller klinisk prövning                         |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Utbildning, kvalitets- och utvecklingsarbete inom vården |

**Om du svarat nej på alla tre alternativen ovan kommer provet att förstöras.** Observera att analysresultatet inte förstörs.

Ja  Nej Skicka bekräftelse på denna talongs genomförande till folkbokföringsadressen.

### Underskrift

Undertecknas av vårdnadshavare. Om det finns två vårdnadshavare måste båda skriva under.

Datum: .....

Vårdnadshavare 1: \_\_\_\_\_ Vårdnadshavare 2: \_\_\_\_\_

Namnförtydligande: ..... Namnförtydligande: .....

Skickas till: Regionalt Biobankscentrum, Box 22550, 104 22 Stockholm

