

## **E10a. Exempel E1 vid muntlig anmälan av samtyckesbegränsning för biobanksprov**

Exempelmallen ger stöd för dig som tar prov i hälso- och sjukvården att informera och fylla i E1 när en patient muntligen vill meddela samtyckesval för vårdprov som sparas i biobank.

1. Ge information genom att läsa upp texten i blankett E1 för patienten och fylla i hans samtyckesval samt hur patienten ställer sig till kontakt och återkoppling.
2. Lägg till kommentaren "*Jag har läst upp informationen på E1 till patienten och detta motsvarar patientens samtyckesval*" på blanketten. Se exempel på nästa sida.
3. Signera E1 med ditt namn + signatur.
4. Underskriven blankett ska följa med prov till laboratoriet för dokumentation enligt ordinarie rutin.

Exempel hur E1 fylls i och signeras av provtagande personal.

# Ändring av samtycke

Den här blanketten ska endast fyllas i om du vill ändra vad ditt eller ditt barns sparade prov får användas till. Instruktioner finns på baksidan av blanketten. Blanketten ska skickas in till den region där prov togs. Adresser hittar

du på biobanksverige.se. För att din begäran ska kunna hanteras måste alla fält vara ifyllda. Du kan också ändra användningen av prov genom att logga in på 1177.se och skicka in en begäran via "Ändring av samtycke prov i biobank".

|  |   |
|--|---|
| <b>1. Personuppgifter</b> Ange personuppgifter för den person som ändringen avser.   |   |
| Namn:<br><b>Tolvan Tolvan</b>  | Personnummer (12 siffror):<br><b>191212-1212</b>                    |
| <b>2. Vilken typ av prov var det? Välj aktuell provtyp</b>   |   |
| Kryssa ett eller flera alternativ.   |   |
| <input type="checkbox"/> Blodprov  | <input type="checkbox"/> Covid-19                                   |
| <input type="checkbox"/> Cell- eller vävnadsprov   | <input type="checkbox"/> Annat prov                                 |
| Var togs prov? (namn på sjukhus/vårdcentral)   | <b>Sjukstads sjukhus</b>  |
| När togs prov? Ange provtagningsdag eller en tidsperiod  | <b>ÅÅ-MM-DD</b>   |
| <b>3. Prov får användas för Kryssa i patientens val och lägg till kommentar</b>  |   |
| Framtida vård eller behandling   | Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>            |
| Utbildning, utveckling och kvalitetsarbete inom vården   | Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>            |
| Forskning  | Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>            |
| Produktframställning   | Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>            |
| <b>Jag har läst upp informationen på E1 till patienten och detta motsvarar patientens samtyckesval.</b>  |   |
| <i>Notera att: Om du väljer nej för alla alternativ kommer prov att förstöras, detta beslut går inte att ändra. Dina val kommer att dokumenteras i din journal.</i>  |   |
| <b>4. Kontakt</b>  |   |
| Vi kan behöva kontakta dig på din folkbokföringsadress för kompletterande uppgifter.   |   |
| <input type="checkbox"/> Jag vill <b>inte</b> att ni kontaktar mig. Jag är medveten om att det kan leda till att ärendet inte kan handläggas.  |   |
| <b>5. Återkoppling</b>   |   |
| <input type="checkbox"/> Jag vill ha en bekräftelse till min folkbokföringsadress om att denna blankett är mottagen av regionen och kommer att hanteras enligt begäran.  |   |
| <b>6. Underskrift</b> Barn som fyllt 15 år har själv rätt att fylla i och skriva under begäran om ändring av samtycke. Då barnet är 13 eller 14 år ska både barnet och vårdnadshavare underteckna. Barn till och med 12 års ålder företräds av vårdnadshavare. Om det finns två vårdnadshavare måste båda underteckna. |   |
| Datum och underskrift (provgivare): <b>ÅÅ-MM-DD</b><br><b>Underskrift+signatur provtagande personal</b>  | Namnförtydligande:<br><b>Förnamn Efternamn provtagande personal</b> |
| Datum och underskrift (vårdnadshavare):  | Namnförtydligande:  |
| Datum och underskrift (vårdnadshavare):  | Namnförtydligande:  |