|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ifylles av biobank** | | | | | |
| Inkom den: |  | Dnr: |  | Provsamlings-ID: |  |

# L1b. Bilaga – Uppgifter om befintliga biobanksprov

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Mikrobiologi | Genetik | Kemi | Immunologi | | Farmakologi | Forsknings-  provsamling | Annat: |
| 1. Forskningsstudien | | | | | | | |
| 1.1 Studiens namn (samma som anges i ansökan om etikprövning, klinisk prövning eller prestandastudie): | | | | | | | |
| 1.2 Studiens arbetsnamn och/eller studie-ID (om tillämpligt): | | | | 1.3 EU trial No./EudraCT-nr (vid klinisk prövning av läkemedel) | | | |
| 1.4 CIV-ID (vid studier av medicinteknisk produkt): | | | | 1.5 Etikgodkännande dnr, samtliga (ej tillämpligt för kliniska prövningar och prestandastudier enligt EU-förordningar 536/2014, 2017/745 och 2017/746): | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Sökande | |
| 2.1 Huvudansvarig forskare (tillämpligt för studier med etikgodkännande dnr (enligt 1.5)) alternativt,  Sponsor (tillämpligt vid för studier med EU trial No. (enligt 1.3) eller CIV-ID (enligt 1.4)) | |
| * + 1. Namn: | 2.1.2 E-post: |
| 2.2 Andra kontaktpersoner (om annan än angiven i L1.1 (fält 3.4) *eller* T1.1 (fält 4.2.6). | |
| 2.2.1 Namn: | 2.2.2 Roll: |
| 2.2.3 Tfn: | 2.2.4 E-post: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Fakturering | | |
| 3.1 Företag/Organisation: | 3.2 Organisationsnummer: | |
| 3.3 Fakturareferens: | 3.4 PO#: | 3.5 Momsnummer: |
| 3.6 Faktureringsadress: | 3.7 Postnr: | 3.8 Postort: |
| 3.9 Land: | 3.10 E-post: | 3.11 Peppol-ID/GLN-code: |
| 3.12 Övriga uppgifter, exempelvis önskemål om faktureringsperiod: | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Uppgifter om vart prov ska skickas | |
| 4.1 Leveransadress | 4.2 Kontaktperson för mottagande av prov (namn, telefon, e-post) |
| 4.3 Övriga uppgifter (t.ex. önskat leveransdatum) | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Provsamling ansökan gäller (om tillämpligt) | | |
| 5.1 Sjukhus/enhet/laboratorium etc.: | 5.2 Provsamlingsnamn/ID nr: | 5.3 Annat: |

|  |
| --- |
| 1. Uppgifter om material som önskas |
| Innan ansökan färdigställs, vänligen kontakta [biobankssamordnare](https://biobanksverige.se/kontakta-oss/biobankssamordnare-och-nej-talonger/) eller biobansansvarig vid aktuell biobank gällande prov.  När biobanksansökan har beviljats ska LAB-ID/personnummerlista skickas i enlighet med lokal utplocksrutin och krav i dataskyddsförordningen, gärna som Excel-fil på USB med prov-ID och/eller personnummer.  Preparering utförs normalt av aktuell biobank/biobanksavdelning eller kliniskt laboratorium (observera dock att alla inte erbjuder denna service) Observera att materialet är ändligt och att representativt material insamlat för patients vård och behandling som regel alltid måste finnas kvar. |
| 6.1 Individer |
| Totalt antalindivider, inklusive individer för screening: |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 6.2 Befintliga prov | | | | |
| Provtyp (vävnadstyp, tumörmaterial, celler, blod, serum, plasma, DNA etc) | Antal individer | Antal prov per individ | Önskad volym/mängd | Minsta volym/ mängd |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

*Fler rader kan läggas till*

|  |
| --- |
| 1. Återförande av prov (Ifylles av provsamlingsansvarig för befintliga prov om tillämpligt) |
| 7.1 Ska prov återföras till ursprunglig provsamling?  Ja, provtyp:  Återförs *(år, månad)*:  Nej  Annat: |

|  |
| --- |
| 1. Underskrift (Ifylles av provsamlingsansvarig för befintliga prov) |
| 8.1 Tillstyrkes eller tillstyrkes ej |
| **Ansökan tillstyrkes, med följande villkor** för tillgång till befintligt material (om tillämpligt)**:**          **Ansökan tillstyrkes ej. Motivering:** |
| 8.2 Övriga anteckningar (såsom uppgifter om handläggningstider, när sökande kan få tillgång till prov och prioriteringar): |
| 8.3 Provsamlingsansvarig för befintliga prov |
| 8.3.1 Underskrift: |
| 8.3.2 Namnförtydligande: |
| 8.3.3 Datum: |