

SAMTYKKEERKLÆRING FOR NORSK MS REGISTER OG BIOBANK

Jeg er, gjennom forespørsel om deltagelse, informert om formålet med Norsk multipel sklerose register og biobank, samt vilkår for drift og bruk av registerdata og prøvemateriale.

JOURNALDATA, BLOD- OG RYGGMARGSVÆSKEPRØVE

1. Jeg samtykker i at opplysninger om min sykdom inngår i Norsk MS register og biobank.

JA	NEI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Jeg samtykker i at blodprøver (DNA og serum) tas og oppbevares i Norsk MS register og biobank og at ryggmargsvæskeprøve innsamlet ved diagnose kan oppbevares i Norsk MS register og biobank (ny prøve skal ikke tas).

JA	NEI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SELVRAPPORTERT LIVSKVALITET OG VURDERING AV OPPFØLGING OG BEHANDLING

3. Jeg samtykker til å rapportere data om livskvalitet og behandling, inkludert bivirkninger og symptomer samt min opplevelse (tilfredshet) knyttet til oppfølging/behandling. Disse dataene blir samlet inn via Helse Norge, Digital postkasse eller brev.

JA	NEI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Navn:

Fødselsnummer: (11 siffer):

.....

.....

Sted:

Dato:

Signatur:

.....

.....

.....

Underskrift av foresatte hvis du er under 16 år:

Sted:

Dato:

Signatur:

.....

.....

.....

INNSENDT AV (SYKEHUS/PRAKSIS):

--

SAMTYKKEERKLÆRING FOR NORSK MS REGISTER OG BIOBANK

Jeg er, gjennom forespørsel om deltagelse, informert om formålet med Norsk multipel sklerose register og biobank, samt vilkår for drift og bruk av registerdata og prøvemateriale.

JOURNALDATA, BLOD- OG RYGGMARGSVÆSKEPRØVE

1. Jeg samtykker i at opplysninger om min sykdom inngår i Norsk MS register og biobank.

JA	NEI

2. Jeg samtykker i at blodprøver (DNA og serum) tas og oppbevares i Norsk MS register og biobank og at ryggmargsvæskeprøve innsamlet ved diagnose kan oppbevares i Norsk MS register og biobank (ny prøve skal ikke tas).

JA	NEI

SELVRAPPORTERT LIVSKVALITET OG VURDERING AV OPPFØLGING OG BEHANDLING

3. Jeg samtykker til å rapportere data om livskvalitet og behandling, inkludert bivirkninger og symptomer samt min opplevelse (tilfredshet) knyttet til oppfølging/behandling. Disse dataene blir samlet inn via Helse Norge, Digital postkasse eller brev.

JA	NEI

Navn:

Fødselsnummer: (11 siffer):

.....

.....

Sted:

Dato:

Signatur:

.....

.....

.....

Underskrift av foresatte hvis du er under 16 år:

Sted:

Dato:

Signatur:

.....

.....

.....