



Samtycke till långtidsförvaring av prov

Lämnas av patient som ger samtycke till att långtidsförvara prov på Laboratoriemedicin, Östersunds sjukhus enligt behandlande läkares önskemål och där biobanksavtal saknas. Provet ska vara märkt med patientens namn och personnummer samt provtagningsdatum.

Prov taget den får sparas för

- Vård och behandling (egen)
- Utbildning av vårdpersonal, kvalitets- och utvecklingsarbete inom vården

Datum:

Patientens namn:

Personnummer:

Underskrift:

Prov enligt ovan sparas enligt behandlande läkares önskemål på Laboratoriemedicin, Östersunds sjukhus, förutsatt att patienten gett sitt samtycke.

Obs! **Sparas i högst två år.** Om provet ska skickas för förvaring i Biobank ska kontakt tas med biobankssamordnare i Region Jämtland Härjedalen.

Ifylls av behandlande läkare:

Sparas t.o.m. datum:

Behandlande läkare:

Klinik: