

Suostun siihen, että alaikäisen lapseni

Nimi _____ Henkilötunnus _____

näytteitä ja tietoja saa

- kerätä biopankkiin ja liittää toisiinsa sekä säilyttää ja käsitellä biopankissa,
- yhdistää muuhun rekisteritietoon selvityksessä kuvatulla tavalla,
- luovuttaa koodattuna biopankkitutkimukseen myös Euroopan Unionin ulkopuolelle,
- luovuttaa tunnisteellisenä, jos siihen on perusteltu tarve (esim. henkilötunnuksen antaminen toiselle rekisterinpitäjälle aineistojen yhdistämistä varten).

Suostumukseni perustuu saamaani ja lukemaani *Hematologisen Biopankin näytteen luovuttajan tiedotteeseen* sekä siihen liittyvään lisätiedotteeseen huoltajille. Olen saanut riittävän selvityksen biopankkitoiminnasta. Minulle on kerrottu, että suostumuksen antaminen on täysin vapaaehtoista ja sen voi peruuttaa myöhemmin. Olen keskustellut asiasta lapseni kanssa hänen ymmärryskykynsä mukaisesti eikä hän vastusta suostumuksen antamista. Lapselleni on annettu hänen ikä- ja kehitystasonsa mukaista tietoa biopankista.

Olen sopinut suostumuksen antamisesta lapsen toisen huoltajan kanssa (yhteishuolto).

Suostun lisäksi siihen, että biopankki voi ottaa minuun ja/tai lapseeni yhteyttä seuraavissa tilanteissa:

Tutkimuksissa selviää terveyden kannalta merkittävää tietoa, josta voisi olla sairauden hoidon tai ennaltaehkäisyn kannalta lapselle hyötyä. Kyllä Ei

Lapseni voisi sopia tutkimukseen, jota tämä suostumus ei mahdollista. Kyllä Ei

Huoltajan suostumus

Huoltajan nimi _____ Henkilötunnus _____

Päiväys _____ Allekirjoitus _____

Alaikäisen oheissuostumus

Minulle on kerrottu biopankista ja suostun siihen, että näytteitäni ja tietojani voidaan käyttää biopankissa. Tiedän, että voin koska tahansa muuttaa mieltäni ja peruuttaa suostumukseni.

Päiväys _____ Lapsen/nuoren allekirjoitus _____

Suostumuksen vastaanottaja

Nimi, allekirjoitus ja päiväys

Yhteystiedot:

Suomen Punainen Risti, Veripalvelu
 Hematologinen biopankki
 PL 2, 01731 Vantaa

puh. 029 300 1010
 fhrb@veripalvelu.fi, www.hematologinenbiopankki.fi