

# BIOPANKKISUOSTUMUS JA HYVÄKSYNTÄ ALAIKÄISEN LAPSEN PUOLESTA/OHELLA



## Suostun siihen, että alaikäisen lapseni

Nimi \_\_\_\_\_ Henkilötunnus \_\_\_\_\_

- jatkossa otettavia näytteitä saa kerätä hoitoon liittyvien näytteenottojen yhteydessä ja luovuttaa biopankkiin, sekä säilyttää ja käsitellä biopankissa.
- muussa yhteydessä (esim. tutkimuksessa) kerättyjä näytteitä saa luovuttaa biopankkiin.

## Hyväksyn että alaikäistä lastani ja hänen terveydentilaansa koskevia henkilötietoja saa

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

Suostumukseni ja hyväksyntäni perustuu saamaani ja lukemaani *Hematologisen Biopankin näytteen luovuttajan selvitykseen alaikäiselle* (selvitys nimeltä TIE-0174, painos 1) sekä siihen liittyvään saateeseen huoltajalle (saate nimeltä TIE-0176, painos 1). Olen saanut riittävän selvityksen biopankkitoiminnan tuntevalta ammattilaiselta. Minulle on kerrottu, että suostumuksen ja hyväksynnän antaminen on täysin vapaaehtoista. Voin peruuttaa suostumuksen ennen näytteiden keräämistä ja luovuttamista biopankkiin ja/tai vastustaa siirrettyjen aineistojen käyttöä sen vaikuttamatta millään tavalla lapseni sairauteen liittyviin hoitoihin toimittamalla allekirjoitetun biopankkikieltolomakkeen Hematologiseen biopankkiin. Olen keskustellut asiasta lapseni kanssa hänen ymmärryskykynsä mukaisesti eikä hän vastusta suostumuksen antamista. Terveystietojen ammattilainen on arvioinut lapseni ymmärryskyvyn, ja lapselleni on annettu hänen ikä- ja kehitystasonsa mukaista tietoa biopankista.

Olen keskustellut suostumuksen ja hyväksynnän 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 ennaltaehkäisyyn kannalta lapselle hyötyä.  Kyllä  Ei

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

## Huoltajan suostumus ja hyväksyntä

Huoltajan nimi \_\_\_\_\_ Henkilötunnus \_\_\_\_\_

Päiväys \_\_\_\_\_ Allekirjoitus \_\_\_\_\_

## Alaikäisen oheissuostumus ja hyväksyntä

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

Päiväys \_\_\_\_\_ Lapsen/nuoren allekirjoitus \_\_\_\_\_

## Selvityksen antaja ja suostumuksen ja hyväksynnän vastaanottaja

Nimi, allekirjoitus ja päiväys

### Yhteystiedot:

Suomen Punainen Risti, Veripalvelu  
PL 2, 01731 Vantaa

Hematologinen biopankki  
[fhrb@veripalvelu.fi](mailto:fhrb@veripalvelu.fi)

puh. 029 300 1010  
[www.hematologinenbiopankki.fi](http://www.hematologinenbiopankki.fi)