



Nafn sýnagjafa

Kennitala

Heimilisfang

Dags. sýnatöku

Tegund máls

1. Ég heimila að lífsýni verði tekin af starfsmanni
(nafn sjúkrahúss/heilsugæslustöðvar) gegn framvísun vegabréfs eða ökuskrarteinis og er undirskrift mín því til staðfestingar.
2. Ég samþykki að það DNA sem fæst úr lífsýninu má rannsaka til þess að afla erfðafræðilegra upplýsinga vegna faðernis- eða annarra skyldleikarannsókna. Ég leyfi að erfðafræðilegar upplýsingar sem fást úr lífsýni mínu megi bera saman við niðurstöður úr öðrum einstaklingum sem tengjast þessari rannsókn til þess að kanna skyldleika.
3. Ég leyfi að arfgerðargreining fari fram á Landspítala og að viðurkenndir sérfræðingar í erfðarannsóknum og samstarfsaðilar Landspítala, geti einnig, að eigin frumkvæði, varðveitt það erfðaefni sem afgangur er að rannsókn lokinni ásamt niðurstöðum í eitt ár áður en þeim verður eytt. Mér er ljóst að hægt er að fá reglur um meðhöndlun persónuupplýsinga þeirra sérfræðinga í erfðarannsóknum sem starfa með Landspítalanum sé falast eftir þeim.
4. Ég samþykki að niðurstöður arfgerðargreiningarinnar verði varðveittar hjá Landspítalanum og að afrit verði sent til þess sem fer fram á rannsóknina. Farið verður með niðurstöður erfðarannsóknanna sem trúnaðarmál. Þær verða einungis kunnar starfsmönnum Landspítala í faðernisrannsóknum, samstarfsaðilum þeirra, sérfræðingum í erfðarannsóknum, sem framkvæma arfgerðargreiningar ásamt málsbeiðendum eða fulltrúa þeirra.
5. Ég samþykki að lífsýni sem er tekið frá mér vegna rannsóknarinnar verði varðveitt á Landspítala í að hámarki fimm ár, óháð því hvort rannsókn hafi farið fram.

Hefur þú farið í beinmergsskipti?

 Já Nei**Með undirskrift minni staðfesti ég:**

- að ég hef lesið og skilið það sem að ofan stendur og samþykki ofanskráð
- að ég veiti af fúsum og frjálsum vilja leyfi fyrir framkvæmd rannsóknarinnar

Dags.: Lífsýnagjafi:

Undirskrift forræðismanns ef lífsýnagjafi er yngri en 18 ára:

Dags..... Forræðismaður: Kennitala:

Blóðsýni skulu tekin í EDTA glas, 2 - 4 ml.**Vinsamlegast sendið blóðsýnin eða munnstrok á þetta heimilisfang:**

Landspítali – Meinafræðideild
Húsi 9 v/Barónsstíg, 101 Reykjavík
c/o Ritarar - sími 543 8355

Með undirskrift okkar staðfestum við:

- að framvísað hafi verið vegabréfi og/eða ökuskrifteini því til staðfestingar. Nr. skilríkis:
- að lífsýnagjafi sé sá sem hann segist vera

Starfsmenn Landspítala/heilsugæslustöðvar: 1)

2)