

## Informerat samtycke vid lymfocytdonation

### Informerat samtycke vid lymfocytdonation samt rapportering av data till kvalitetsregister

#### Jag, har fått information om:

- anledningen till lymfocytdonation.
- vilka förutsättningar som krävs för att man ska kunna vara donator.
- att jag har full rätt att när som helst avböja donation utan att ange någon orsak, men att det är viktigt att göra det så snart som möjligt för den sjukes bästa.
- att alla resultat och uppgifter om mitt medicinska tillstånd är sekretessbelagda och behandlas konfidentiellt.
- att jag har rättighet att ta del av mina provresultat när jag önskar.
- tillvägagångssättet vid lymfocytdonation: perifer lymfocytcellsinsamling
- risker och biverkningar med perifer lymfocytinsamling.
- att prover och undersökningar av mig som donator genomförs för att donationen ska kunna genomföras, med hänsyn till både min och mottagarens hälsa.
- att den sjukvårdspersonal som är involverad i behandlingen av mottagaren och mottagaren själv kommer att informeras om att jag är godkänd som donator.
- att uppgifter om mitt hälsotillstånd inhämtas och delges de enheter inom sjukvården som ansvarar för lymfocytinsamlingen och omhändertagande av cellerna och som behandlar mottagaren.
- Jag samtycker till att celler kan frysas ned i samband med donationen och användas till avsedd patient vid senare tillfälle.
- Jag har fått information om att cellerna inte kommer att användas till något annat ändamål och kasseras när det bedöms att de inte behövs längre.

#### Jag har fått information om: (Rapportering till kvalitetsregister)

- att medicinska oidentifierade uppgifter om lymfocytdonationen rapporteras internationella (EBMT och CIBMTR) kvalitetsregister och sparas på obestämd tid.
- att mina personuppgifter finns i interna register och behandlas enligt dataskyddsförordningen GDPR.
- jag förstår att mitt deltagande att dela data är helt frivilligt och att jag kan återkalla mitt samtycke när som helst, utan att ange skäl, utan att min medicinska vård eller mina juridiska rättigheter påverkas.

Jag har fått möjlighet att ställa frågor och har fått dessa besvarade på ett tillfredsställande sätt.

#### Genom att underteckna detta samtyckesformulär tillkännager jag utöver föregående att:

- Jag ger kontrollanter och granskare från EBMT och tillsynsmyndigheter tillstånd att granska mina journaler i enlighet med tillämplig lagstiftning och med fullständig konfidentialitet.

## Informerat samtycke vid lymfocytdonation

Jag har förstått den information jag erhållit och ger mitt samtycke till att genomgå lymfocytdonation och till att mina personuppgifter finns i interna och EBMT:s register och behandlas enligt dataskyddsförordningen GDPR.

Ja                      Nej                      Ja, med följande reservationer:

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Donatorns namn och personnummer

\_\_\_\_\_  
Underskrift donator

Göteborg \_\_\_\_\_  
Datum

### För hälso- och sjukvårdspersonal:

Härmed intygas att jag förmedlat ovanstående information efter bästa förmåga:

\_\_\_\_\_  
Informatörens signatur

Göteborg \_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Namnförtydligande och telefonnummer

Information given och samtycke inhämtad via tolkning på \_\_\_\_\_  
språk

\_\_\_\_\_  
Tolkens signatur

Göteborg \_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Namnförtydligande

Denna sida lämnas till BMT-koordinator på Hematologisektionen Sahlgrenska och ska scannas in i donatorns journal.