

**INFORMATION OCH SAMTYCKESDOKUMENT TILL DELTAGARE I ÅLDERN 12–14 ÅR**

Studiens namn:

**Grupp B-streptokockinfektioner hos nyfödda, sjukdomsörda och betydelsen av kapselantikroppar**

Forskningsansvarig person: Läkare Arto Palmu

Studien genomförs av Institutet för hälsa och välfärd (THL).

Jag har blivit tillfrågad att delta i denna studie. Jag skulle vara en lämplig deltagare i studien, eftersom ett blodprov togs från min navelsträng för en annan studie när jag föddes. Blodprovet har förvarats i frysskåp sedan dess. Nu vill man använda detta prov i en studie där man utreder varför en del som nyfödda har insjuknat i en allvarlig sjukdom orsakad av en bakterie som kallas grupp B-streptokock och varför andra nyfödda inte insjuknat i den. Denna kunskap behövs för att man ska kunna förhindra att nyfödda barn får sjukdomen i framtiden.

I den här studien tas inga prov av mig, ges inga vaccinationer och jag behöver inte besöka läkar- eller sjukskötmottagningar. Endast det prov som togs när jag var baby ska användas i den nya studien. Hälsouppgifter om mig kan också behandlas i den här studien. De här uppgifterna om mig är sekretessbelagda och får endast behandlas av dem som utför den här studien. Jag kan inte identifieras när forskningsresultaten publiceras.

Jag har haft tillräckligt med tid på mig för att fundera över om jag vill delta i den här studien. Jag kan tillsammans med mina föräldrar kontakta forskningspersonalen om jag eller de har frågor eller om vi behöver mer information om studien. Om jag vill delta i den här studien undertecknar min mamma eller pappa en annan samtyckesblankett med vilken hon eller han ger mig tillstånd att delta i studien.

Jag vet att jag inte behöver delta i den här studien om jag inte vill. Om jag nu samtycker och senare ändrar mig, kan jag återkalla mitt samtycke till att delta i den här studien. Jag kan återkalla mitt samtycke genom att berätta om det till mina föräldrar, som meddelar det till de vuxna som utför studien. Jag får ändå vård om jag behöver det.

**Om jag vill delta i den här studien skriver jag mitt namn på det här samtycket.**

Mitt namn: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2020  
(dat. / mån.)

Ifylls av forskningspersonalen:

Barnets studienummer: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Mottagare av samtycket:**

Namn: \_\_\_\_\_  
(för- och efternamn)

Underskrift: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2020  
(dat. / mån.)

*Efter granskning skickas en kopia av det undertecknade samtyckesdokumentet per post till den som gett samtycket.*