

SAMTYCKE TILL STUDIEN

Jag har ombetts att delta i studien **"Koronavirusrokotteiden immuunivasteet Suomessa"** (Immunsvaret på coronavirusvaccin i Finland), **EudraCT-nummer 2021_004788-29**.

Jag har tagit del av den ovanstående redogörelsen (Information till deltagare, V4.0, 14.10.2022) och fått tillräcklig information om insamlingen, behandlingen och överlåtandet av uppgifter i samband med studien. Jag har haft möjlighet att ställa frågor och fått tillräckliga svar. Jag har fått tillräckligt med tid för att tänka igenom mitt deltagande i studien.

Jag förstår att det är frivilligt att delta i studien. Jag har rätt att när som helst och utan att uppge någon orsak återkalla mitt samtycke till att delta i studien. Det leder inte till några negativa konsekvenser för mig om jag återkallar samtycket och det påverkar inte heller min ställning som klient inom hälso- och sjukvården. Jag är medveten om att de uppgifter som insamlats om mig fram till avbrytandet av studien eller återtagandet av samtycket ingår i forskningsmaterialet.

Jag bekräftar med min underskrift att jag deltar i studien som beskrivs i detta dokument och att jag frivilligt samtycker till undersökningar. Jag är medveten om att mina personuppgifter även kan behandlas i samband med en kontroll som utförs av en inhemsk eller utländsk myndighet.

Fylls alltid i personligen av deltagaren vid undersökningsbesöket:

Underskrift Datum: ____ / ____ / 202__
dd mm åååå

Namnförtydligande Personbeteckning | ____ | ____ | ____ | ____ |
d d m m å å

Jag tillåter att man kontakter mig på nytt i anknytning till coronavirusvaccinstudien:

Telefonnummer: _____ e-postadress: _____ @ _____

Adress:

Har Ni fått ett positivt resultat i ett hemtest för coronaviruset som Ni själva gjort? Ja Nej

Om ja, ange tidpunkten för det senaste positiva testet: _____ månad / 202__

Härefter fylls blanketten i av provtagaren / forskningspersonalen:

Mottagare av samtycket:

Underskrift Namnförtydligande Datum: ____ / ____ / 202__

**Klistra in provetiketten med
personbeteckning och namn här**

Provtagningsdatum ____ / ____ / 202__

Ge en kopia av det undertecknade samtycket till deltagaren. Skicka originalet tillsammans med provet till THL.