

تصريح بالموافقة للسجل النرويجي لمرض التصلب المتعدد والبنك الحيوي

أؤكد بأنني أبلغت، من خلال طلب المشاركة، بالغرض من السجل النرويجي لمرض التصلب المتعدد والبنك الحيوي، وكذلك بشروط تشغيل واستخدام بيانات السجل ومواد العينات.

بيانات السجل الطبي وعينات الدم والسائل الدماغي الشوكي

لا	نعم

1. أافق على إدراج المعلومات المتعلقة بمرضى في السجل النرويجي لمرض التصلب المتعدد والبنك الحيوي.

2. أافق على أن يتم أخذ عينات الدم (الحمض النووي والمصل) وتخزينها في السجل النرويجي لمرض التصلب المتعدد والبنك الحيوي وأن يتم تخزين عينة السائل الدماغي الشوكي التي تم جمعها عند التشخيص في السجل النرويجي لمرض التصلب المتعدد والبنك الحيوي (يجب عدم أخذ عينة جديدة).

جودة الحياة التي يتم الإبلاغ عنها ذاتياً وتقييم المتابعة والعلاج

3. أافق على الإبلاغ عن بيانات حول جودة الحياة والعلاج ، بما في ذلك الآثار الجانبية والأعراض بالإضافة إلى تجربتي (الرضا) المتعلقة بالمتابعة / العلاج. يتم جمع هذه البيانات عبر Helse Norge، صندوق البريد الرقمي أو رسالة.

رقم الميلاد (11 رقم):

الاسم:

التواقيع:

التاريخ:

المكان:

توقيعوليالأمرإذاكانعمركأقلمن16عاماً:

التواقيع:

التاريخ:

المكان:

أرسلت من قبل (مستشفى/عيادة):

تصريح بالموافقة للسجل النرويجي لمرض التصلب المتعدد والبنك الحيوي

تصريح بالموافقة للسجل النرويجي لمرض التصلب المتعدد والبنك الحيوي

أؤكد بأني أبلغت، من خلال طلب المشاركة، بالغرض من السجل النرويجي لمرض التصلب المتعدد والبنك الحيوي، وكذلك بشروط تشغيل واستخدام بيانات السجل ومواد العينات.

بيانات السجل الطبي وعينات الدم والسائل الدماغي الشوكي

لا	نعم

1. أوفاق على إدراج المعلومات المتعلقة بمرضى في السجل النرويجي لمرض التصلب المتعدد والبنك الحيوي.

2. أوفاق على أن يتم أخذ عينات الدم (الحمض النووي والمصل) وتخزينها في السجل النرويجي لمرض التصلب المتعدد والبنك الحيوي وأن يتم تخزين عينة السائل الدماغي الشوكي التي تم جمعها عند التشخيص في السجل النرويجي لمرض التصلب المتعدد والبنك الحيوي (يجب عدم أخذ عينة جديدة).

جودة الحياة التي يتم الإبلاغ عنها ذاتياً وتقييم المتابعة والعلاج

3. أوفاق على الإبلاغ عن بيانات حول جودة الحياة والعلاج ، بما في ذلك الآثار الجانبية والأعراض بالإضافة إلى تجربتي (الرضا) المتعلقة بالمتابعة / العلاج. يتم جمع هذه البيانات عبر Helse Norge ، صندوق البريد الرقمي أو رسالة.

رقم الميلاد (11 رقم):

الاسم:

التواقيع:

التاريخ:

المكان:

توقيعولي الأمر إذا كان عمراً أقل من 16 عاماً:

التواقيع:

التاريخ:

المكان:

أرسلت من قبل (مستشفى/عيادة):