

? Ett informerat samtycke av en minderåring (åldrar 10-14) för läkemedelsprövning

Prövningens namn: _____

Läkarens namn: _____

- ? ■** Min läkare har bett mig delta i den här läkemedelsprövningen. Jag skulle passa för den här prövningen eftersom _____.
- ? ■** I prövningen tar man reda på om den här nya medicinen _____ hjälper _____ att må bättre. Min läkare berättar för mig _____.
Man har berättat för mig och _____ om den här prövningen och den undersökta behandlingen.
- ? ■** Under prövningens lopp besöker jag läkarmottagningen _____ gånger. På mottagningarna följer man med _____.
Under prövningens lopp _____.
- Prövningen tar slut för min del _____.
- ? ■** Under den här nya behandlingen kan medicinen göra att man får _____.
Dessa är ofta övergående känningar _____.
- Om jag får andra känningar under prövningen måste jag genast berätta om det för _____
och _____ berättar det för min läkare.
- Jag har haft tillräckligt med tid för att fundera om jag vill delta den här prövningen. Jag har också fått ställa frågor.
- Man har berättat om den här prövningen för mig och _____. Om jag vill delta skriver _____
_____ under ett annat samtycke med vilken de kan ge mig lov att delta i den här prövningen.
- Ibland kan det gå så att läkaren tycker att det är bättre att jag avslutar mitt deltagande i prövningen. Då kommer läkaren överens med mig och _____ om att jag inte deltar i prövningen längre. Efter det sköts jag ändå om på bästa möjliga sätt.
- Jag vet att jag inte behöver delta i den här prövningen om jag inte vill. Om jag nu går med på att delta och senare ändrar mig, kan jag avsluta deltagandet genom att berätta om det för de vuxna som arbetar med den här prövningen. Jag får ändå behandling om jag behöver det.
- Undersökningssuppgifter som berör mig och prövningen får ses och behandlas bara av _____,
de personer som sköter om mig och arbetar med den här prövningen, eftersom det är konfidentiella saker som skall hållas hemliga.

Om jag vill delta i den här prövningen, skriver jag mitt namn nedanför.**? Mitt namn:** _____

Datum: _____

Läkarens namn _____

och underskrift: _____

? Datum och ort: _____