



Prövningens namn: _____

Läkarens namn: _____



■ Min läkare har bitt mig delta i den här prövningen. Jag skulle passa för den här prövningen eftersom jag har _____.

■ I den här prövningen tar man reda på om medicinen som man undersöker hjälper barn att må bättre.



■ Under prövningen besöker jag läkarmottagningen _____ gånger. Den sista mottagningen är _____.
Läkaren undersöker _____.



■ Min läkare har berättat för mig om den här prövningen. _____.

Han / hon har berättat för mig vad man kommer att göra åt mig i prövningen. Jag har fått fråga vad jag vill om prövningen.



■ Jag kan få _____ av medicinen, men det går oftast snabbt förbi. _____.

■ Om jag känner att jag mår annorlunda måste jag genast berätta om det för _____ och _____ berättar det för min läkare.

■ Min läkare har berättat om den här prövningen för _____. _____ har också gett samtycke till att jag deltar i den här prövningen.

■ Jag har fått berätta om jag vill delta i den här prövningen. Jag vet att jag inte behöver delta om jag inte vill.

■ Om jag senare vill sluta att vara med i prövningen så blir ingen arg på mig. Då måste jag berätta för _____ eller åt någon vuxen som arbetar med den här prövningen att jag inte vill vara med längre. Läkaren och sjuksköterskorna sköter ändå om mig på bästa möjliga sätt.

■ Ibland kan det gå så att senare tycker läkaren att det är bättre att jag avslutar mitt deltagande i prövningen. Då kommer läkaren att berätta det för _____ och mig. I så fall får jag någon annan lika bra behandling.

■ Det är bara jag, _____, min läkare och de vuxna som arbetar med den här prövningen som får se mina undersökningsuppgifter.

Om jag vill delta i den här prövningen, skriver jag mitt namn i det här samtycket.



Mitt namn: _____

Datum: _____

Läkarens namn _____

och underskrift: _____



Datum och ort: _____