

**? 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:** \_\_\_\_\_