

## 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. أوافق على إدراج المعلومات المتعلقة بمرضي في السجل النرويجي لمرض التصلب المتعدد و البنك الحيوي.


2. أوافق 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 ذاتيًا وتقييم المتابعة والعلاج


3. أوافق 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:

.....

.....

التوقيع:

التاريخ:

المكان:

.....

.....

.....

توقيع ولي الأمر إذا كان عمرك أقل من 16 عامًا:

التوقيع:

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. أوافق على إدراج المعلومات المتعلقة بمرضي في السجل النرويجي لمرض التصلب المتعدد و البنك الحيوي.


2. أوافق 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 ذاتيًا وتقييم المتابعة والعلاج

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

رقم الميلاد (11 رقم):

الاسم:

.....

.....

التوقيع:

التاريخ:

المكان:

.....

.....

.....

توقيع ولي الأمر إذا كان عمرك أقل من 16 عامًا:

التوقيع:

التاريخ:

المكان:

.....

.....

.....

أرسلت من قبل (مستشفى/عيادة):