



*Projekt/Project:
*Kontaktperson/Contact:



UPPSALA
UNIVERSITET

Biobanksmedgivaraftal / Biobank consent form

Provtagning för forskning

Vi skulle vilja ha ett blodprov eller i undantagsfall annan vävnad från Din hund för pågående och framtida forskningsprojekt. Genom att skriva under godkänner Du lagring av ägaruppgifter samt att provet och information från journaler får användas av Sveriges lantbruksuniversitet, Uppsala universitet och dess samarbetspartners. Proverna kommer endast att användas i forskningssyfte för att bland annat studera genetiken bakom olika sjukdomar hos hund. Vi kan också behöva kontakta Dig för ytterligare information angående Din hund.

Sampling

We would like to collect a blood sample or in rare instances a tissue sample, from your dog for current and future research. By signing this consent you agree storage of owner information and that the sample and information from medical records may be used by the Swedish University of Agricultural Sciences and Uppsala University and its collaboration partners. The samples will only be used for research on, among other things, the genetic causes of inherited diseases. We may also need to contact you in the future for additional information regarding your dog.

All information om dig och din hund kommer att behandlas i enlighet med Offentlighets- och sekretesslagen.

All information about You and Your dog will be treated according to the Public Access to Information and Secrecy Act.

Information om hunden (fylls i av ägaren och lämnas till veterinären/provtagaren)

Information about the dog (to be completed by the owner before submission to the sampler/veterinarian)

* Reg. nr / Reg. No.:	* Ras / Breed:	
* Registrerat namn / Registered name:	Chipnummer el tatuering / Chip or Tattoo:	
Hundens tilltalsnamn / The dog's name:	* Född / Date of birth:	Pälsfärg / Coat colour:
* Kön / Sex <input type="checkbox"/> Hane / Male <input type="checkbox"/> Tik / Female	* Kastrerad / Neutered or spayed <input type="checkbox"/> Ja / Yes <input type="checkbox"/> Nej / No	Datum / Date: _____
Övrig information (sjukdomar mm) / Additional health information (diseases etc)		

Ägaruppgifter / Owner (Eller patientetikett/Or patient label)

* Förnamn / First name:	* Efternamn / Surname:	* Land / Country:
* Gatadress / Street:	* Postnummer / Postal code	* Stad / City:
e-post / e-mail:	Telefon / Phone Hem / Home: Mobil / Cell phone: Arbete / Office:	
Bilagor / Attachments	** Kopia av stamtavlan / Copy of Pedigree info	<input type="checkbox"/> Ja / Yes <input type="checkbox"/> Nej / No
	Kopia av journal / Copy of medical record	<input type="checkbox"/> Ja / Yes <input type="checkbox"/> Nej / No
_____	_____	_____
Ort & datum / City & date	Underskrift / Signature	Namnförtydligande / Printed name

* = obligatoriskt / mandatory

** = Gäller endast icke SKK-registrerade hundar / only for dogs not registered in SKK

Uppgifter om Provtagningen (fylls i av veterinären/provtagaren)
Sampling information (to be completed by the veterinarian/sampler)

Datum för provtagning / Date of sampling:	Typ av provmaterial / Type of sample:
Hund ID (reg nr, chip och/eller tatuering) / Dog ID (reg no, chip and/or tattoo):	Ursprungligen insamlat för projekt / Originally collected for project: <input type="checkbox"/> Kontroll / Control <input type="checkbox"/> Fall / Case Diagnoskod/diagnostic code: _____
Provets märkning / Sample:	Provtagare / Sampler's name

Övrig information om hunden / Additional information about the dog

Kryptorchid / Cryptorchid Ja / Yes Nej / No

Hundens vikt / Weight _____ kg

Normalt hull / Normal weight Under normalt hull / Under normal weight Över normalt hull / Overweight

Övrig hälsoinformation / Additional health information

Veterinäruppgifter

Namn på behandlande veterinär / Name of vet:	Telefon / Phone: Fax / Fax:
Adress / Address:	Postnummer, ort och land / Postal code, city and country:
e-post / e-mail:	Journalnummer / Case record No:

Jag försäkrar att jag i samband med provtagning har kontrollerat uppgivet ID-nummer (chip och/eller tatuering) för ovan angivna hund. / I declare that I have confirmed the identification of the dog (chip and/or tattoo) stated above.

Ort / Place	Datum / Date	STÄMPEL / STAMP
Underskrift / Signature		
Namnförtydligande / Printed name		

Insamlingen sker inom ramen för projektet hundhälsa med godkänt etiskt tillstånd (Dnr C139/9, prof Åke Hedhammar, SLU)
The collection is in accordance to the following ethical permission (Dnr C139/9, prof Åke Hedhammar, SLU)

Skicka provet till SLU snarast möjligt efter provtagning. Undvik att sända provet en fredag (bättre att förvara provet i kyl över helgen). / Send the sample to SLU as soon as possible after sampling. Avoid sending the sample on a Friday (it is better to store the sample in the refrigerator over the weekend).