

## 知情同意书

课题批准号: CNM-2017-03

申报人及所在单位: 中国医科大学盛京医院

姓 名: 性别: ☐男 ☐女 出生年月: \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

联系电话: \_\_\_\_\_ 联系地址: \_\_\_\_\_

在此就该项目的须知内容做如下说明:

一、**试验目的:** 了解患者灵性健康状况、生活质量状况、灵性健康的影响因素

二、**试验的适应症和禁忌症:** 适用于可正常沟通交流的患者

三、**试验实施过程:** 灵性照顾师访谈患者, 及时记录并予以灵性照顾

四、**试验安全性及保障:** 运用沟通技巧, 尊重患者的个人意愿及宗教信仰, 保护患者隐私

五、**可能出现的不良反应:** 访谈的过程中, 患者可能会出现情绪波动情况

六、**不良反应认定及赔偿:** 资深心理咨询师介入辅导

七、**接受试验的收益:** 帮助您宣泄不良情绪, 释放压力, 解除灵性困扰, 提高生活质量, 同时我们也希望从您参与的本研究中得到的信息在将来能够使与您病情相同的病人获益。

八、**退出试验:** 您参加本试验是自愿的, 同时被告知有权了解试验的有关情况, 并可以在试验前后的任何阶段决定是否中止和退出试验, 退出试验不会影响您的常规诊疗。

九、**试验咨询:** 如果您有有关试验过程、受试者权利的问题, 您可直接与医疗机构联系。

联系方式: 主要操作者电话 18502925621; 科室电话: 024-96615-61713; 伦理委员会电话: 024-96615-10027

十、**保密原则:** 您的个人信息不会被泄露给任何与临床试验无关者; 实验研究结果可以在不泄漏您的个人信息的前提下因科学目的发表。

如果您充分理解上述内容并同意自愿参加本项研究, 请您在下方签字确认。

受试者签名: 日期: \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

作为本次试验的研究者, 我已充分告知把本次试验的目的、内容、好处以及可能发生的不良反应如实告知被研究对象, 已咨询当事人是否对本研究有任何疑问, 并已尽我所能给予解答。

研究人员签名: 日期: \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日