知情同意书

COVID-19 爆发期间医护人员的工作经验：一项横断面研究知情同意书

我们在此邀请您参加一项研究，研究目的是 COVID-19 爆发期间医护人员的工作经验：一项横断面研究。在您决定参加本研究之前，了解进行本项科学研究的目的是相关信息对您将非常重要。请您用一定的时间仔细阅读下面的内容，若有不清楚的问题或术语，请您与有关的医师进行讨论。

一. 本课题介绍

调查 COVID-19 患者的医护人员由于过度工作和恶劣的工作条件而感到倦怠和压力及工作经验。

二. 你是否参加此研究

是否参加本项研究，将由您自愿作出决定，如果您决定不参加本项研究，您不会受到任何惩罚或失去您应该拥有的任何利益。您有权在研究的任何阶段退出研究，而不会影响您的法定权利。一旦您决定参加本项研究，请您签署此知情同意书表明同意。

三. 试验过程介绍

我们设计了一份自我报告问卷来评估在 COVID-19 大流行期间工作的医务人员的工作经验, 请您填写问卷就可以了

四. 所需费用:全部由专项基金提供，不需要您提供任何费用。

五. 其它信息

1. 资料的保密性

如果您决定参加研究，您的签字就意味您的资料可以被有关人员、相关权威机构、伦理委员会审阅。审阅的目的是保证整个研究信息获得的准确性和研究方案被正确执行。能够表明您身份的记录都将进行严格保密，除非在特殊情况下，法律或司法需要揭示您的身份。从本项研究中获得的资料将可能被发表，但是不包括您的名字。

2. 研究结果如何应用

对于研究结果，我们视其需要予以使用，比如在医学期刊或会议、研讨会上发表。本研究结果用于其它。您的个人资料将保密。

3. 研究组织者和资助方.

青海省人民医院

4. 伦理委员会

本项研究的详细资料已经由青海省人民医院医院伦理委员会审阅。如需了解更多情况，请您与研究人员联系

研究中心和您均将保留 1 份您已经签字的“知情同意书”。

感谢您参加本项研究！

作为本试验的一名受试者，我已仔细阅读并了解了上述同意书中的有关条款，并同意在知情同意书上签名。

受试者：

受试日期：