**疼痛管理計劃參與同意書**

**(Consent for Participation in the Pain Management Programme)**

本人,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 住址為\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_同意參與

(參與者英文姓名) (地址)

疼痛管理計劃，

並表明本人已明白並且同意以下事項（請勾選）：

* 收集本人的個人資料（姓名、地址、聯絡方式），以參與疼痛管理計劃。
* 收集本人的病例以及健康相關數據，以觀察參與計劃的情況。收集的資料可能包括與本人經歷的疼痛有關的細節、活動能力、生理的測量資料以及其他資料等。
* 與本人有關的健康訊息將會以書面方式通知本人指定的醫務人員，例如本人的家庭醫生。
* 本人同意，本人指定的醫務人員可以將我參加社區疼痛管理計劃的情況以及相關訊息發送給疼痛管理計劃的計劃協調員，好提供轉介服務或評估參與計劃的成果。
* 本人明白，為了評估計劃而取得的資料會首先去除識別，本人的名字將不會與資料連繫起來。
* 本人明白，參與本計劃期間，本人可以通過信息單上的聯繫方式隨時與服務提供單位聯繫，通知服務單位本人欲退出計劃或改變本同意書的任何內容。

**媒體同意**

* 本人 **同意** 本人的照片/影像/訪談內容可以用於教學用途以及用於評估材料中，以推廣疼痛管理計劃。
* 本人 **不同意** 本人的照片/影像/訪談內容對外公佈。

英文姓名\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

簽名 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

I have explained the request for consent to the above named participant and have answered their questions.

Name \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Designation\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Published Apr 2017. ACI/D23/859 © State of NSW (Agency for Clinical Innovation)

Translated by the WSLHD Translation Service December 2016