**疼痛管理计划参与同意书**

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

本人,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 住址为\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_同意参与

(参与者英文姓名) (地址)

疼痛管理计划，

并表明本人已明白并且同意以下事项（请勾选）：

* 收集本人的个人信息（姓名、地址、联系方式），以参与疼痛管理计划。
* 收集本人的病例以及健康相关数据，以观察参与计划的情况。收集的信息可能包括与本人经历的疼痛有关的细节、活动能力、生理的测量数据以及其他信息等。
* 与本人有关的健康信息将会以书面方式通知本人指定的医务人员，例如本人的家庭医生。
* 本人同意，本人指定的医务人员可以将我参加社区疼痛管理计划的情况以及相关信息发送给疼痛管理计划的计划协调员，好提供转介服务或评估参与计划的成果。
* 本人明白，为了评估计划而取得的数据会首先去除识别，本人的名字将不会与数据连系起来。
* 本人明白，参与本计划期间，本人可以通过信息单上的联系方式随时与服务提供单位联系，通知服务单位本人欲退出计划或改变本同意书的任何内容。

**媒体同意**

* 本人 **同意** 本人的照片/影像/访谈内容可以用于教学用途以及用于评估材料中，以推广疼痛管理计划。
* 本人 **不同意** 本人的照片/影像/访谈内容对外公布。

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

签名 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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/D23/850 © State of NSW (Agency for Clinical Innovation)

Translated by the WSLHD Translation Service December 2016