

知情同意书

尊敬的家长：

您好！

为了解目前儿童青少年心理健康状况，推进中小学生学习心理健康服务，创设安全和谐的学习环境，云南省卫健委联合省教育厅目前在全省范围内开展“云南省儿童青少年人群心理健康调查”，该调查将通过填写纸质问卷的方式完成，评估内容主要包括孩子的个人经历、情绪体验、行为习惯等问题，用时约30-40分钟。调查完成后我们将以孩子能够理解和感到舒服的方式直接反馈给学生个人，其他人员将无权查看评估结果。如在调查中发现您的孩子存在明显的情绪问题或伤害自己及他人风险，我们将在第一时间告知您，并由专业的精神卫生人员为您和孩子提供个性化的咨询或医疗建议。本项目已获得研究牵头单位昆明医科大学第一附属医院伦理委员会批准。

我们会对您孩子所提供的信息严格保密，不会向与调查无关的人员透露孩子的问卷信息。本次调查的数据只会被用于统计分析目的，不会用于其他目的。

此次评估遵循自愿的原则。学生心理健康工作关系重大，我们非常需要您的支持协作，期待我们携手共进，促进学生健康成长！

感谢您的支持！

知情同意签字：

我已经解释已明白本调查的有关事项并同意孩子参与本调查。

学生签名：[手签] [盖章]

监护人签名：[手签] [盖章]

日期：2021年10月19日