



参加Kupol研究的知情同意书

本人兹同意我和我的孩子参加Kupol研究项目，并同意Kupol使用我和我的孩子的个人信息。我已阅读了项目介绍，并且有机会提出问题。我知道对于参加这项研究，我和我的孩子是完全自愿的，并且我们可以在研究期间任何时刻无需任何理由要求退出。

- Spanska/Español Polska/ Polski Turkiska/ Türkçe Sorani/سۆرانی Persiska/فارسی
- Arabiska/العربية Somaliska/Somaali Tigrinska/ትግርኛ Engelska/English Kinesiska/中文

请用【是】或【否】回答以下问题:

- A** 我同意我的孩子填写问卷调查，并将其保存在卡罗林斯卡医学院的数据库中。此外，我同意问卷被用于研究学校环境因素对青少年心理健康的影响。 是 否
- B** 我同意Kupol获取关于我和我的孩子的个人信息。 是 否
- C** 我同意我的孩子留下唾液样本。此外，我同意此唾液样本保存在卡罗林斯卡大学的生物样本库并用于学校环境对青少年心理健康影响的研究。注意: 如果孩子有两位法定监护人，那么我们需要两位都签名才能采集唾液样本。 是 否

孩子的人口号: _____

孩子的姓名: _____

孩子的学校: _____

孩子的班级: _____

孩子的签名: _____

法定监护人 1:

签名: _____

日期: _____

正楷签名: _____

与孩子的关系:

- 亲生父亲
- 合法养父
- 寄养父亲
- 亲生母亲
- 合法养母
- 寄养母亲
- 其他，请注明 _____
- 我有孩子的唯一监护权

法定监护人 2:

签名: _____ 日期: _____

正楷签名: _____

与孩子的关系: 亲生父亲 合法养父 寄养父亲
 亲生母亲 合法养母 寄养母亲
 其他·请注明 _____ 我有孩子的唯一监护权

如果您与另外一名法定监护人共享监护权但是并不生活在一起，请您把知情同意书转交给她/他填写。
如果您不方便联系到另外一位法定监护人，请留下她/他的联系地址，以便我们可以联系。

姓名 (法定监护人 2): _____

联系地址: _____

为了能够联系到您和您的孩子，我们需要您的联系方式:

联系地址: _____

电子邮箱: _____ 联系电话: _____

请用我们为您准备的免邮资信封寄回给我们。



邮寄地址
Karolinska Institutet
Institutionen för folkhälsovetenskap
Projekt Kupol
Tomtebodavägen 18a
171 77 Stockholm
Org. number 202100 2973

地址
Widerströmska Huset
Tomtebodavägen 18a
Stockholm
网站
Ki.se
Kupolstudien.se

联系人
Elin Arnö (联系人)
项目协调员
Tel: 08 - 524 801 08
elin.arno@ki.se
Rosaria Galanti
教授, 项目负责人
Tel: 08 - 123 371 65
rosaria.galanti@ki.se