

## 研究参与者知情同意书

基于大模型与知识图谱协同增强的智能化干预方案研究

研究方案编号：

研究中心：北京大学第六医院 海淀区花园北路 51 号 100191

申办者/国家基金/资金来源：国家重点研发计划 2024YFC2707804

项目负责人/主要研究者：黄薛冰

研究参与者姓名： 研究参与者编码：

亲爱的同学：

您好！我们邀请您参加一项关于儿童心理健康的研究。在您决定是否参与之前，请您仔细阅读以下内容，了解研究的目的、过程、可能的风险和收益。

### 1. 研究目的

近年来，许多儿童和青少年会感到焦虑、抑郁、注意力不集中或与他人沟通困难。我们希望通过这项研究，了解不同的治疗方法对这些问题的帮助，以便为更多的孩子提供更好的帮助。

### 2. 研究内容

如果您同意参加，我们将邀请您在接下来的几个月里参与以下活动：

- **入组评估：**我们会与您交谈，了解您的感受和想法，确保您适合参与这项研究。
- **个性化干预：**根据您的情况，我们会为您制定一个特别的计划，可能包括与心理医生的交流、使用特定的应用程序或其他方法。
- **随访评估：**在干预后，我们会在不同的时间点与您联系，了解您的感受和进展。

### 3. 参与者人数

这项研究计划邀请 800 名儿童参与，其中包括：

- 300 名感到焦虑的儿童

- 300 名感到抑郁的儿童
- 100 名注意力不集中的儿童
- 100 名与他人沟通困难的儿童

#### 4. 参与的好处

通过参与这项研究，您将：

- 获得免费的心理健康支持和个性化的治疗建议。
- 帮助我们了解哪些方法对孩子们最有效，从而帮助更多需要帮助的孩子。

#### 5. 可能的风险

在参与过程中，您可能会感到：

- 情绪波动或不适。
- 使用某些应用程序时可能遇到技术问题。

如果您感到不舒服或有任何问题，请随时告诉我们，我们会尽力帮助您。

#### 6. 隐私保护

您的个人信息和参与研究的情况将被严格保密，只用于这项研究。

#### 7. 自愿参与

您参加这项研究完全是自愿的。

如果您决定不参加，或者在研究过程中想要退出，您不会受到任何影响。

#### 8. 联系方式

如果您有任何问题或需要帮助，请联系：

黄薛冰医生，工作时间请拨打 010-82801654，下班时间、周末和节假日拨打 18811359025。

北京大学第六医院伦理委员会，办公室电话：010-62723769。电子邮件：  
ethics\_pku6@sohu.com。

我已经阅读并理解了上述内容，愿意参加这项研究。

签名: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_

家长或监护人签名: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_

研究人员签名: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_