

研究介紹及資格



**HKU
Med** School of Clinical Medicine
Department of Family Medicine
& Primary Care
香港大學家庭醫學及基層醫療學系

基層醫療健康篩查研究參與者登記表

您好! 我們是香港大學家庭醫學及基層醫療學系研究團隊, 現進行一項關於基層醫療健康篩查的學術研究, 對象為45歲或以上沒有確診糖尿病或高血壓的香港居民, 誠邀您的參加。

參加者需符合以下條件:

- 45歲或以上
- 香港居民
- 沒有確診糖尿病或高血壓
- 沒有參加醫務衛生局推出的慢性疾病共同治理先導計劃 (在各地區康健中心/站登記)

研究內容: 本研究分為兩個階段。

- 第一階段: 您將被邀請參加高危因素基綫調查 (在綫問卷或電話問卷方式) 及免費的身體檢查, 血液檢查和尿液檢查
- 第二階段: 如果篩查後疑有高血壓、糖尿病前期或糖尿病, 即 (i). 血壓 $\geq 140/90$ mmHg, (ii). 糖化血紅素 $\geq 6.0\%$, 或 (iii). 空腹血糖 ≥ 6.1 mmol/L, 您將會被邀請參與第二階段調查, 包括一年成本問卷調查 (在綫問卷或電話問卷方式) 及免費的身體檢查, 血液檢查和尿液檢查

參與答謝

HK\$200的超級市場禮券 (郵寄到您的住址)

免費的身體檢查, 血液檢查和尿液檢查以及由醫生簽發的檢查報告

本項目已獲香港大學及醫管局港島西醫院聯網倫理委員會 (編號: UW 24-019) 批准

您所提供的所有資料將會絕對保密, 任何研究報告, 資料記錄表, 或出版刊物中都不會披露任何個人識別信息。您有權

隨時退出該研究，您的退出不會對您的合法權利造成任何影響。

查詢

如您對本項研究有任何問題，歡迎電郵聯絡尹旭輝博士 (yfwan@hku.hk) 或邱鈺淦博士 (yukkamy@hku.hk)，或致電 39102266 / 28315089 / 28315056。您還可以WhatsApp 39102266 進行查詢。

請確認您是否符合本項研究資格

您的年齡 (歲) 是，請填入數字

您是否是香港居民 (持有香港身份證)

- 是
 否

您是否患有糖尿病

- 是
 否
 不確定

您是否患有高血壓

- 是
- 否
- 不確定

您是否已經參與醫務衛生局推出的慢性疾病共同治理先導計劃（在各地區康健中心/站登記）

- 是
- 否
- 不瞭解

您的出生年月日是

	月	日	年
請選擇	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

研究知情同意書

請點擊查閱知情同意書：[基層醫療健康篩查 參與研究資料及知情同意書](#)

1. 我確認我已閱讀並理解（或由他人閱讀並解釋）上述研究資料，並已獲得一份副本以供保留。我有機會就該研究項目提出疑問，並了解進行這項研究的原因以及所涉及的風險。

2. 我明白我的參與純屬自願。
3. 我同意參與這項研究。
4. 我同意在符合資格的情況下參加實驗的兩個階段。我同意參加由獨立專業調查機構進行的電話問卷調查，並在指定的化驗所接受身體檢查。
5. 我同意提供我的香港身份證號碼，以便研究小組索取醫管局及醫健通不記名的病歷資料作研究分析。
6. 我同意提供我的聯絡方式，以便研究小組通知身體檢查的安排和檢查結果，以及安排由獨立專業調查機構進行的電話調查。
7. 我樂意回答由獨立專業調查機構通過電話進行的問卷調查並提供我的真實想法。
8. 我明白每次電話調查需時 5至10分鐘。
9. 我明白第一階段的問卷調查將會收集我的基本個人信息、社會背景、家庭史、過往病史、藥物史、生活習慣及心理健康狀態。
10. 我明白我將會在指定的化驗所接受免費的身體檢查、血液及尿液檢查。檢查項目包括：身高、體重、血壓、脈搏、身體質量指數、腰圍、糖化血紅素、空腹血糖、血脂、腎功能檢查和尿蛋白與尿液肌酸酐比值。我明白研究小組會通知我檢查結果。
11. 我明白僅當我符合以下標準時我才會在12個月後受邀進行第二階段的研究：(i). 血壓 $\geq 140/90$ mmHg，(ii). 糖化血紅素 $\geq 6.0\%$ ，或 (iii). 空腹血糖 ≥ 6.1 mmol/L。
12. 我明白血液檢查可能會引起輕微不適或疼痛。
13. 我明白每次身體檢查大概需時 45分鐘。
14. 我同意授權研究小組向我的醫生和醫院管理局索取我不記名的病歷資料以供研究分析。
15. 我明白我所提供給研究小組的所有資料將會絕對保密，只有研究人員及其研究小組和香港大學及醫管局港島西醫院聯網研究倫理委員會能夠進行查閱。
16. 我明白這項研究收集資料的方法，並自願為該研究提供相關資料。我有權隨時拒絕提供資料或收回資料的使用權，且不需要提供任何理由，亦不會影響到我的治療或合法權利。
17. 我明白我將在完成第一次身體檢查後以郵寄方式收到價值HK\$200的超市禮券。我同意提供我的郵寄地址以便安排配送。
18. 我明白我有權隨時退出這項研究，且不需要提供任何理由，亦不會影響到我的治療或合法權利。
19. 我明白如自己出現不良反應、未符合研究要求、或其他原因，研究人員有權終止我參與此研究。

您是否同意參與該項研究

- 我明白並同意參與該項研究
- 我不同意參加該項研究

如您同意參與該項研究，請在閱讀完知情同意書後簽名。

×

SIGN HERE

[clear](#)

請提供您的基本信息方便我們之後聯絡您

請提供您的基本信息方便我們之後聯絡您

您的姓名是

您的性別是

- 男性
- 女性

請填寫您的香港身份證號碼，例如，身份證號碼為A234567(A)，請填入A234567A

您的常住區域及地區為（請填寫您的通訊地址所在區域及地區）

區域

地區

您的詳細通訊地址是（我們將會郵寄超級市場禮券到該地址）

您的電話號碼是

是否願意通過上述電話接收WhatsApp

- 是
- 否

您的常用電子郵箱是 (非必需)

Powered by Qualtrics