

ICS 35.240.80  
CCS C07

**DB11**

北 京 市 地 方 标 准

DB11/T 1793—2020

---

## 体医融合机构服务规范

Specifications of service for medical-exercise integrated institutions

2020 - 12 - 24 发布

2021 - 04 - 01 实施

北京市市场监督管理局 发 布

目 次

前言..... 11

1 范围..... 1

2 规范性引用文件..... 1

3 术语和定义..... 1

4 缩略语..... 1

5 基本要求..... 2

6 服务项目..... 3

7 服务要求..... 4

8 服务质量控制..... 5

附录 A（资料性）体力活动准备问卷 ..... 6

附录 B（资料性）体适能测评知情同意书 ..... 10

附录 C（资料性）运动干预指导知情同意书 ..... 11

## 前 言

本文件按照 GB/T 1.1—2020 《标准化工作导则 第1部分：标准化文件的结构和起草规则》规定起草。

本文件由北京市卫生健康委员会提出并归口。

本文件由北京市卫生健康委员会和北京市体育局组织实施。

本文件起草单位：北京市体检中心、北京医学会健康管理学分会、亨颐生(北京)科技有限公司。

本文件主要起草人：张静波、刘峰、钱文红、王克英、李明亮、朱超、王罡、张舸、况海涛、史江平、张云、黄高平、王正珍、韩宝、李强、陆珊、杨培蔚、卫云红。

# 体医融合机构服务规范

## 1 范围

本文件规定了体医融合服务的基本要求、服务项目、服务要求和服务质量控制。  
本文件适用于体医融合机构，包括医疗机构及与医疗机构合作开展体医融合服务的非医疗机构。

## 2 规范性引用文件

下列文件中的内容通过文中的规范性引用而构成本文件必不可少的条款。其中，注日期的引用文件，仅该日期对应的版本适用于本文件；不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本文件。

- GB 13495.1 消防安全标志 第1部分：标志
- GB 17498（所有部分） 固定式健身器材
- GB/T 34285 健身运动安全指南
- WS 308 医疗机构消防安全管理

## 3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

### 3.1

**体医融合服务** service for medical-exercise integrated Institutions

开展体适能测评，结合医学检查结果制定运动处方，给予服务对象适宜的运动干预指导、效果监测评价等相关活动。

### 3.2

**体适能** physical fitness

个体拥有或获得与完成体力活动能力相关的一组要素或特征。

注：要素通常分为健康相关和技能相关体适能。

### 3.3

**运动处方** exercise prescription

具有运动类型、运动强度、运动时间及运动频率等内容的指导文书。

## 4 缩略语

下列缩略语适用于本文件。

CVD: 心血管疾病 (cardiovascular disease)

AED: 自动体外除颤仪 (automated external defibrillator)

CPR: 心肺复苏 (cardiopulmonary resuscitation)

RPE: 主观疲劳感觉 (rating of perceived exertion)

## 5 基本要求

### 5.1 管理要求

- 5.1.1 体医融合机构应建立人员、流程、信息、安全等管理制度。
- 5.1.2 应成立工作质量管理委员会，建立质量控制小组，有明确的人员分工和职责。
- 5.1.3 体医融合机构应有应急预案，并进行全员培训和演练。
- 5.1.4 体医融合机构应定期开展对人员的培训，所有工作人员应掌握 CPR 技能。
- 5.1.5 医疗机构从事体医融合服务应根据服务内容配备运动干预指导人员。
- 5.1.6 与医疗机构合作开展体医融合服务的非医疗机构实施体医融合服务，应获得医务人员的现场或远程医疗支持。

### 5.2 人员要求

- 5.2.1 体医融合机构现场或远程应至少具有 1 名中级以上专业技术任职资格且具有运动处方知识的医师。
- 5.2.2 应至少具有 1 名经培训合格的专职或兼职体适能测评人员。
- 5.2.3 应至少具有 1 名经培训合格的专职或兼职运动干预指导人员。
- 5.2.4 应至少具有 1 名专职或兼职信息管理人员。
- 5.2.5 宜具有 1 名经培训合格的专职或兼职康复治疗师。

### 5.3 场地要求

- 5.3.1 体医融合服务场所应是独立空间，体适能测评区面积宜大于  $40\text{ m}^2$ ，运动干预指导区面积宜大于  $60\text{ m}^2$ ，宜配备饮水设备、休息座椅、储物柜、一次性拖鞋等，宜设有独立更衣间。
- 5.3.2 体医融合服务环境应舒适，服务环境应通风良好。地面应平整防滑，不应铺设地毯。
- 5.3.3 体医融合服务场所应布局合理，利于人群疏散，消防安全标志应符合 GB 13495.1 要求，消防安全应符合 WS 308 要求。

### 5.4 设备要求

- 5.4.1 应配备体适能测试设备。
- 5.4.2 应配备 AED 等急救设备。
- 5.4.3 配备的运动训练器材应符合 GB 17498（所有部分）的要求。
- 5.4.4 宜配备血压计、血糖仪、心电图机等基本医学检查设备。
- 5.4.5 仪器设备资质证明应齐全，数据应准确有效。

### 5.5 信息化要求

- 5.5.1 应建立体医融合服务信息化管理系统并具备良好的数据交互能力。
- 5.5.2 信息化管理系统应具备良好的适用性，能够满足机构开展体医融合服务的需要。

5.5.3 体医融合服务信息化管理系统应具有充分的安全性，具有存储、备份能力，并符合网络安全等级保护制度的要求。

## 6 服务项目

6.1 咨询与评估服务项目包括以下内容：

- a) 接受服务对象的咨询与并进行问卷调查，明确服务对象是否为疾病患者；
- b) 如服务对象为疾病患者，体医融合所有服务流程需医护人员现场或远程参与；
- c) 对服务对象的体适能测评风险和运动风险进行评估。

6.2 体适能测评项目包括：

- a) 身体成分；
- b) 心肺适能；
- c) 肌肉力量；
- d) 柔韧适能；
- e) 平衡适能；
- f) 灵敏适能；
- g) 其他。

6.3 运动处方制定包括：

- a) 根据体适能测评结果为服务对象制定适宜的运动处方；
- b) 疾病患者的运动处方由经过运动处方相关知识培训的医护人员开具；

6.4 运动干预指导包括：

- a) 对服务对象按照运动处方的运动频率、强度、时间、方式、量和进阶进行指导；
- b) 运动干预指导可采用现场和远程结合的方式；
- c) 服务对象如果是疾病患者，干预指导需由医护人员与运动干预指导人员配合完成。

6.5 运动处方调整包括：

- a) 对服务对象的运动处方执行情况了解或监控，根据实际情况不断调整运动处方；
- b) 服务对象如果是疾病患者，运动处方调整需由医护人员与运动干预指导人员配合完成。

6.6 健康科普教育包括：

- a) 体医融合服务各环节中融入健康科普教育；
- b) 健康科普教育可采取线上、线下不同的形式。

## 7 服务要求

### 7.1 咨询与评估

7.1.1 工作人员应对服务对象进行登记，基本信息应包括服务对象的姓名、身份证号码、手机号、性别、年龄等，保证信息准确。

7.1.2 工作人员应通过问卷获取服务对象的一般信息，根据问卷判定是否为疾病患者。问卷内容见附录A。

7.1.3 若服务对象是疾病患者，由医师获取并分析服务对象的医学检查信息，明确是否患有不适宜运动的疾病，并进行运动风险评估。

### 7.2 体适能测评

7.2.1 在运动处方制定前应完成体适能测评。

7.2.2 测评人员应告知服务对象体适能测评项目意义、风险及注意事项并签署知情同意书，内容参照附录 B。

7.2.3 测评人员应在测评前完成急救设备的准备工作。

7.2.4 测评人员应询问服务对象伤病史；根据伤病史充分告知测评中的注意事项。

7.2.5 测评人员应对服务对象进行防摔倒保护。

7.2.6 对有心、脑血管疾病的患者或高风险人员由医护人员进行运动心电、运动血压监护。

### 7.3 运动处方制定

7.3.1 运动处方制定人员应向服务对象告知运动目的、训练内容。

7.3.2 运动处方内容应包含热身、整理和拉伸的训练内容。

7.3.3 运动处方制定宜考虑运动频率、强度、时间、方式、量和进阶。

7.3.4 运动处方制定应考虑服务对象的健康状况、运动环境、运动器材设施、日程安排以及运动安全和风险防范提示。

7.3.5 对疾病患者等有运动风险的服务对象，应由经过运动处方相关知识培训的医护人员开具运动处方，并告知其与疾病相关的运动风险和注意事项。

### 7.4 运动干预指导

7.4.1 开展运动干预指导前应签署知情同意书，内容见附录 C。

7.4.2 运动应符合 GB/T 34285 要求。

7.4.3 运动干预指导人员应遵循运动处方原则对服务对象进行科学训练指导。

7.4.4 服务对象在运动中出现不适应状况应及时终止，不要盲目运动。

7.4.5 对有心、脑血管疾病的患者或高风险人员需明确告知运动过程中的注意事项及终止事项。

7.4.6 对有心、脑血管疾病的患者或高风险人员现场运动干预指导应做好急救设备准备。

### 7.5 运动处方调整

7.5.1 体医融合服务人员应现场或远程对服务对象的运动过程进行监控和指导，内容宜包含心率、血压、血糖、用药信息、疾病信息、CVD 风险、RPE、处方执行情况等。

7.5.2 应对服务对象的医疗指标和/或体适能指标进行复测，做出效果评价并告知服务对象。

7.5.3 根据运动过程监控内容和运动效果评价指标动态调整运动处方。

7.5.4 对疾病患者等有运动风险的服务对象，应由经过运动处方相关知识培训的医护人员调整运动处方。

### 7.6 健康科普教育

健康科普教育应包括但不限于以下内容：

a) 场所配备健康科普宣教资料；

b) 定期开展健康讲座；

c) 开展健康误区、有氧运动知识、抗阻运动知识、运动损伤知识、营养膳食知识、健康生活方式等科普教育。

### 7.7 服务对象隐私保护要求

7.7.1 做暴露身体的检查要有独立区域，检查时应关门或有遮挡。

7.7.2 以科研为目的的项目，应事先征求服务对象意见并签署知情同意书。

7.7.3 服务对象的信息要进行隐私保护，且能备份和恢复。

## 8 服务质量控制

8.1 体适能测评设备需要专人维护，应有维护记录，应确保设备处于正常状态。

8.2 体适能测评过程规范，数据收集准确。

8.3 运动干预指导过程中应确保服务对象能够按照基本要求完成动作，确保运动干预质量。

8.4 建立异常情况发现和纠正机制：建立工作日志，记录在测评和指导过程中出现的异常情况、纠正措施及纠正结果。

8.5 定期对体适能测评和运动干预中出现的异常情况进行会议，并有相关记录。

8.6 对一次性使用医疗用品规范管理，做好采购、验收、登记、储存、使用及用后处理等工作。

8.7 应定期或按需召开质控会议，根据评价结果，研究确定整改方向和措施，并形成工作记录。

8.8 根据质量基础数据，对存在的问题及时采取有效干预措施，并评估干预效果，促进质量的持续改进。



附 录 A  
(资料性)  
体力活动准备问卷

请认真阅读下列 7 个问题并如实回答：选择“是”或“否”	是	否
1) 医生是否曾经说过你患有心脏病□或高血压□？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) 你休息时、日常活动时或运动时是否感觉到胸痛？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) 你是否因头晕失去平衡而跌倒或近 12 月内出现过意识障碍？ 如果是因为过度通气导致的头晕请选择“否”（包括剧烈运动时过度通气）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) 你是否诊断过其他需要药物治疗的慢性疾病（除心脏病和高血压外）？ 请列出_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) 你是否规律服用慢性病的药物？ 请列出疾病和药物_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) 你最近（或近 12 个月内曾有）是否存在骨、关节或软组织（肌肉、韧带或肌腱）的问题，活动多了会加重？如果曾经有过但不影响现在的体力活动，请回答“否”。请列出相关问题_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) 医生是否说过你应该在医务监督下活动？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

如果以上问题你的答案均为“否”，你可以安全的参加体力活动。  
请至第 4 页签署参与声明。你不需要完成第 2-3 页。

- Ø 开始参与更多的体力活动——循序渐进的开始
- Ø 你可以参加体适能评估。
- Ø 如果你大于 45 岁且没有进行剧烈运动的习惯，在你想参与剧烈运动时请咨询有资质的运动专家。
- Ø 如果你有其他更深入的问题，请咨询有资质的运动专家
- 如果以上问题你有一个或更多问题回答“是”，请完成后面的问卷内容。  
推迟参与更多的活动，如果出现下列问题：
  - ü 你突发某些疾病，如感冒或发烧；请好转后再开始运动。
  - ü 如果你怀孕了，在参与更多活动前请与你的医生或有资质的运动专家沟通
  - ü 如果你的健康状况发生变化请完成后面的问卷，或与医生/有资质的运动专家沟通。

**1.你是否患有有关节炎、骨质疏松或腰背部疾病？**

如果上述问题存在，请回答 1a-1c

如果选择“否” □请跳至问题 2

1a.你的健康问题通过用药或其他处方的治疗方法很难控制？ 是□ 否□  
 （如果不是规律服药或其他治疗方法，请回答“否”）

1b.你是否存在引起疼痛的健康问题，近期骨折或因骨质疏松或癌症导致的骨折，椎体异位（如：腰椎滑脱），和/或峡部裂、部分缺失（脊柱背侧骨性环状结构缺损）？ 是□ 否□

1c.你是否注射过类固醇或连续服用类固醇药物超过 3 个月？ 是□ 否□

**2.你是否患有任何类型的癌症？**

如果上述问题存在，请回答 2a-2b

如果选择“否” □请跳至问题 3

2a.你的肿瘤是否为以下几类：肺/支气管、多发性骨髓瘤（浆细胞肿瘤）、头和颈部肿瘤？ 是□ 否□

2b.你的肿瘤是否规律治疗（如化疗或放疗）？ 是□ 否□

**3.你是否患有心脏或心血管疾病？包括冠状动脉疾病、心衰、心律失常**

如果上述问题存在，请回答 3a-3d

如果选择“否” □请跳至问题 4

3a.你的健康问题通过用药或其他处方的治疗方法很难控制？ 是□ 否□  
 （如果不是规律服药或其他治疗方法，请回答“否”）

3b.你是否存在需要药物治疗心律失常？（如：房颤、室性早搏） 是□ 否□

3c.你是否有慢性心衰？ 是□ 否□

3d.你是否已诊断冠状动脉（心血管）疾病并且近 2 个月没有参加规律的体力活动？ 是□ 否□

**4.你是否患有高血压？**

如果上述问题存在，请回答 4a-4b

如果选择“否” □请跳至问题 5

4a.你的健康问题通过用药或其他处方的治疗方法很难控制？ 是□ 否□  
 （如果不是规律服药或其他治疗方法，请回答“否”）

4b.无论是否服药，你是否出现过安静血压等于或超过 160/90mmHg 的情况？ 是□ 否□  
 （如果安静血压不详，请回答“是”）

**5.你是否患有代谢性疾病？包括 1 型糖尿病、2 型糖尿病或糖尿病前期**

如果上述问题存在，请回答 5a-5e

如果选择“否” □请跳至问题 6

5a.你是否很难通过饮食、药物或其他处方的治疗方法控制血糖？ 是□ 否□  
 （如果不是规律服药或其他治疗方法，请回答“否”）

5b.你是否经常在运动或日常体力活动时出现低血糖症状？低血糖症状包括：发抖、紧张、易怒、多汗、头晕或头重脚轻、神智不清、难以说话、乏力或嗜睡。 是□ 否□

5c.你是否出现一些糖尿病并发症的症状或体征，如心脏或血管疾病、影响眼、肾或足部和脚趾感觉的并发症？ 是□ 否□

5d.你是否存在其他代谢疾病（如：妊娠相关糖尿病、慢性肾脏病或肝病）？ 是□ 否□

5e.你近期是否计划参与较高（剧烈）强度的运动？ 是□ 否□

**6.你是否患有精神问题或学习障碍？包括阿尔兹海默病、痴呆、抑郁、焦虑症、进食困难、精神障碍、智力残疾或唐氏综合症**

如果上述问题存在，请回答 6a-6b

如果选择“否” □请跳至问题 7

6a.你的健康问题通过用药或其他处方的治疗方法很难控制？ 是□ 否□  
 （如果不是规律服药或其他治疗方法，请回答“否”）

6b.你是否同时患有腰背部问题影响神经或肌肉？ 是□ 否□

7a. 你的健康问题通过用药或其他处方的治疗方法很难控制？ (如果不是规律服药或其他治疗方法，请回答“否”)	是□	否□
7b. 医生是否说过你安静或运动时的血氧水平下降，或指出你需要吸氧？	是□	否□
7c. 如果患有哮喘，你是否经常出现胸闷、哮喘音、呼吸困难、持续咳嗽（大于 2 天/周），或在过去的 1 周内使用急救药物超过 2 次？		
7d. 医生是否说过你有肺动脉高压？	是□	否□
<b>8. 你是否患脊髓损伤疾病？</b> 包括四肢瘫痪和截瘫		
如果上述问题存在，请回答 8a-8c	如果选择“否” □请跳至问题 9	
8a. 你的健康问题通过用药或其他处方的治疗方法很难控制？ (如果不是规律服药或其他治疗方法，请回答“否”)	是□	否□
8b. 你是否经常出现低血压而引起明显的头晕、头重脚轻或晕倒？	是□	否□
8c. 医生是否指出你存在一过性血压升高（被称作自主神经功能异常）？	是□	否□
<b>9. 你是否患过中风？</b> 包括一过性脑缺血发作或脑血管事件		
如果上述问题存在，请回答 9a-9c	如果选择“否” □请跳至问题 10	
9a. 你的健康问题通过用药或其他处方的治疗方法很难控制？ (如果不是规律服药或其他治疗方法，请回答“否”)	是□	否□
9b. 你是否存在行走或活动障碍？	是□	否□
9c. 最近 6 个月你是否罹患过中风或神经肌肉损伤？	是□	否□
<b>10. 你是否患有以上没有列出的疾病或患有两个及以上疾病？</b>		
如果上述问题存在，请回答 10a-10c	如果选择“否” □请阅读第 4 页的建议	
10a. 近 12 个月你是否因头部外伤而出现头晕、晕倒或意识丧失或近 12 个月内诊断过脑震荡？	是□	否□
10b. 你是否患有上述未列出的疾病（如癫痫、神经系统疾病或肾脏疾病）？	是□	否□
10c. 你是否持续存在两种或更多健康问题？	是□	否□
请列出健康问题_____		
及任何相关用药_____		

☒ 如果以上问题你的答案均为“否”，你可以开始参与更活跃的体力活动——请签署参与声明：

- ☐ 你是否被建议应咨询运动专家来协助你制定一份安全有效的体力活动计划来满足你健康需求？
- ☐ 你是否被建议从较缓慢的运动开始，逐渐从 20 分钟达到 60 分钟低至中等强度的运动，每周 3-5 天，其中包括有氧运动和肌肉力量运动？
- ☐ 随着运动计划的推进，你的目标是累计达到每周 150 分钟或更长时间的中等强度体力活动。
- ☐ 如果你大于 45 岁且没有进行剧烈运动的习惯，在你想参与剧烈运动时请咨询有资质的运动专家。

☒ 如果以上问题你有一个或更多问题回答“是”：

你应在参与更多体力活动或开始健身计划前进一步咨询。你应咨询有资质的运动专家帮你提供更多信息。

推迟参与更多的活动，如果出现下列问题：

- ü 你突发某些疾病，如感冒或发烧；请好转后再开始运动。
- ü 如果你怀孕了，在参与更多活动前请与你的医生或有资质的运动专家沟通
- ü 如果你的健康状况发生变化，请在继续运动前与医生或有资质的运动专家沟通。

ÿ 本问卷可以复印使用。请使用问卷的全部内容并且不允许更改。

ÿ 如果问卷评估后仍有疑问，请咨询医生后再参与体力活动。

### 参与声明

ÿ 所有完成本问卷的个人请仔细阅读并签署下列声明。

姓名\_\_\_\_\_日期\_\_\_\_\_

签名\_\_\_\_\_见证人\_\_\_\_\_

**附 录 B**  
**（资料性）**  
**体适能测评知情同意书**

<b>I</b>	<b>测评的目的及说明</b>	<p>您将进行与体适能有关的测试，包括心肺耐力、身体成分、力量适能、柔韧素质、平衡能力和反应能力的测试，我们将根据您在测试中的症状、体征、心率、血压、心电图等指标的变化情况决定是否终止测试。当您感觉到不适时，可以随时要求停止测试。</p>
<b>I</b>	<b>测评的益处</b>	<p>本测试有助于评估您在低风险状态下从事体力活动的类型、合适的运动强度和持续时间等，从而提高您的身体素质，预防、治疗和康复各种慢性疾病，促进健康。</p>
<b>I</b>	<b>受检者的责任</b>	<p>受检者应该了解当您进行体力活动时的健康状况，包括曾经与心脏相关的症状（如在低体力活动水平时出现的呼吸短促、心前区、颈部、下颌、后背、手臂等处的疼痛、压榨感、沉重感），这些可能影响您在运动测试中的安全性。您应该及时报告在用力完成测试过程中出现的上述症状和其他异常感觉，这一点非常重要。您有义务提供全部病史以及在测试中可能出现的症状。同时，需要向测试人员提供您所有的药物治疗记录（包括非处方药），尤其是最近和当天服用的药物。</p>
<b>I</b>	<b>可能出现的不适和风险与风险防范</b>	<p>在测试过程中可能出现某些异常变化，如血压异常升高、头痛头晕、心率过快、过慢或心律不齐、呼吸急促、早搏、胸痛、胸闷、下肢疲劳等情况。通过测试前对您健康状况的评价及测试中的仔细观察，可以最大限度降低风险，同时测试现场配有接受过专业训练的专业人员以确保能够及时处理上述异常情况。</p>
<b>I</b>	<b>要求</b>	<p>您可提出任何有关测试步骤、结果评价等问题。如果有顾虑或问题，请咨询我们，以得到进一步解释。</p>
<b>I</b>	<b>记录的用途</b>	<p>我们有责任和义务对您在测试中获得的信息保守秘密（如疾病史、测试结果等），没有您的书面同意，决不会将您的信息透露给医生以外的任何人。在保护您个人隐私的前提下，我们有权将测试中获得的数据资料用于统计分析及科学研究。</p>
<b>I</b>	<b>自愿参加</b>	<p>本测试遵循自愿参加的原则，如果因为身体异常希望停止测试或不能坚持测试时可随时终止。</p>
<p>上述资料我已阅读，明白测试过程及可能出现的风险和不适，了解有随时咨询的机会直至获得满意答复，我愿意参加该测试，承诺参加这个测试是自愿的。</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 20px;"><div style="text-align: center;">签名：</div><div style="text-align: center;">日期：</div></div>		

**附 录 C**  
**（资料性）**  
**运动干预指导知情同意书**

**I 运动干预指导的目的及说明**

您将参与以促进身心健康为目的的运动干预指导，包括快走、跑步、健身操等有氧和抗阻运动，我们将根据您在管理中的自身感受、心率、血压、血糖等指标的变化情况决定是否终止管理。当您感觉到不适时，可以随时要求停止。

**I 管理的益处**

我们的运动干预指导将为您制定合适的运动类型、运动强度、持续时间、运动频率和运动注意事项，以提高您的体能健康水平，增强身体活力，预防或延缓慢病，促进身心健康。

**I 参加运动管理者的责任**

参加运动管理者应该了解当您进行运动时的健康状况，您应该及时报告运动中的主观感觉（包括脉搏、呼吸变化、出汗量等），与心脏相关的症状（运动强度低时出现的呼吸短促、心前区、颈部、下颌、后背、手臂等处的疼痛、压榨感、沉重感），正常运动中出现的症状（上身不适，无力，头晕、胸痛、胸闷、恶心、骨关节不适），这些可能影响您在运动干预指导中的安全性，您应该及时报告运动过程中出现的上述症状和其他异常感觉，如运动中出现上述症状，请及时停止运动，这一点非常重要。除此之外，您需要上传监控指标的数值。您有义务提供全部病史以及在运动中可能出现的症状。同时，需要向管理人员提供您所有的药物治疗记录（包括非处方药），尤其是最近和正在服用的药物。

**I 可能出现的不适和与不适风险**

在运动干预指导过程中可能出现某些异常变化，如血压异常升高、头痛头晕、心率过快、过慢或心律不齐、呼吸急促、早搏、胸痛、胸闷、下肢疲劳、小腿胀痛等情况。通过接受过专业训练的专业人员制定的个体化运动方案以及科学的运动干预指导方法，可以降低上述不适症状发生的风险，确保运动干预指导方案安全有效。

**I 要求**

您可提出任何有关运动干预指导的问题。如果有顾虑或问题，请咨询我们，以得到进一步解释。

**I 记录的用途**

我们有责任和义务对您在测试中获得的信息保守秘密（如疾病史、测试结果等），没有您的书面同意，决不会将您的信息透露给工作团队以外的任何人。在保护您个人隐私的前提下，我们有权将测试中获得的数据资料用于统计分析科学研究。

**I 自愿参加**

本测试遵循自愿参加的原则，如果因为身体异常希望停止管理或不能坚持管理时可随时终止。

上述资料我已阅读，明白运动干预指导过程及可能出现的风险和不适，了解有随时咨询的机会直至获得满意答复，我愿意参加该管理，承诺参加这个管理是自愿的。

签名：日期：