

بسمه تعالي

جمهوري اسلامي ايران

**دانشگاه علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني جندي شاپور اهواز**

# معاونت توسعه پژوهش و فن‌آوري

## مرکز تحقیقات توانبخشی

## طرح تحقيقاتي پيشنهادي

طرح تحقيقاتي پايان نامه

|  |  |
| --- | --- |
| نام و نام خانوادگي مجري مسئول: |  |
| **نام و نام خانوادگی سایر مجریان:** |  |
| عنوان طرح :  |  |
| تاريخ پيشنهاد :  |  |

**بخش اول ـ اطلاعات مربوط به مجريان و همكاران طرح**

**1ـ1ـ مجري مسئول (استاد راهنماي اول)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **نام و نام خانوادگي** | **مدرك تحصیلی** | **رشته تحصیلی** | **مرتبه علمی** | **کد ملی** | **تلفن همراه** | **eMail** |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **آدرس محل كار** |  | **تلفن محل كار** |  |
| **محل دقيق****اجراي طرح** |  | **تاريخ و امضاء** |  |

**1ـ2ـ مشخصات سایر مجریان (ساير اساتيد راهنما)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **نام و نام خانوادگي** | **مدرك تحصیلی** | **رشته تحصیلی** | **کد ملی** | **تلفن همراه** | **eMail** | **امضاء** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**1ـ3ـ مشخصات همكاران اصلي (اساتيد مشاور ، همكاران و دانشجو)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **نام و نام خانوادگي** | **مدرك تحصیلی** | **رشته تحصیلی** | **کد ملی** | **تلفن همراه** | **eMail** | **نوع همكاري** | **امضاء** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**بخش دوم ـ اطلاعات مربوط به طرح پژوهشي**

**2ـ1ـ عنوان طرح پژوهشي:**

|  |  |
| --- | --- |
| **الف) فارسي:** |  |
| **ب) انگليسي:** |  |

**2ـ2ـ نوع طرح:**

**بنيادي كاربردي بنيادي ـ كاربردي**

**2ـ3ـ مقدمه و معرفي طرح (بيان مسئله) :**

**2ـ4ـ بررسي متون Literature Review (در صورت نياز می‌توانید از صفحات اضافي استفاده نمایید) :**

**2ـ5ـ اهداف و فرضيات (OBJECTIVES & HYPOTHESIS)**

2-5-1- هدف اصلي طرح (General Objective)

2-5-2- اهداف ويژه طرح (Specific Objectives)

2-5-3- اهداف كاربردي

2-5-4- فرضيات يا سؤالات پژوهش

**2ـ6ـ روش اجراي طرح و انتخاب نمونه**

2-6-1- نوع مطالعه:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | پايه |  | اپيدميولوژيك تحليلي |
|  |  |  |  |
|  | اپيدميولوژيك توصيفي |  | كيفي |
|  |  |  |  |
|  | کار آزمایی باليني |  | توليدي |
|  |  |  |  |
|  | تجربی( آزمایشگاهی) |  | مبتني بر اطلاعات بيمارستاني و درمانگاهي |
|  |  |  |  |
|  | مداخله ای ( نیمه تجربی ) |  |  |

2-6-2- خلاصه روش اجراي طرح و تکنیک‌های مورد استفاده:

2-6-3- روش محاسبه اندازه نمونه و نحوه نمونه گيري:

2-6-4- روش‌های آماري تجزيه و تحليل نتايج:

2-6-5- جدول متغيرها:

| **مشخصات متغير** | **مستقل** | **وابسته** | **كمي** | **كيفي** | **تعريف عملي** | **مقياس** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **پيوسته** | **گسسته** | **اسمي** | **رتبه‌اي** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**2ـ7ـ ملاحظات اخلاقي : (فرم رضایت نامه در صورت لزوم ضمیمه گردد)**

**2ـ8ـ زمان لازم براي اجراي كامل طرح : (لطفاً پس از تكميل سطرهاي اضافي را حذف كنيد)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **رديف** | **شرح هر يك از فعالیت‌های اجرائي طرح به تفكيك** | **طول** | **زمــــان اجـــــــرا (ماه)** |
| **مدت****(ماه)** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** | **18** | **19** | **20** | **21** | **22** | **23** | **24** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**بخش سوم ـ اطلاعات مربوط به هزينه هاي انجام طرح**

**3ـ1ـ آيا براي اين طرح از سازمان‌های ديگر درخواست اعتبار شده است؟ بلي خير**

در صورت مثبت بودن جواب لطفاً نام سازمان و نتيجه حاصل را ذكر فرمایید.

**3ـ2ـ هزينه پرسنلي با ذكر مشخصات كامل هر نوع فعاليت و حق‌الزحمه آن‌ها :**

| **رديف** | **نام و نام خانوادگی** | **نوع فعاليت** | **مرتبه علمي** | **تعداد افراد** | **ساعات مورد نياز** | **حق‌الزحمه****در ساعت** | **جمع ( ريال )** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **جمع هزينه‌هاي پرسنلي** |  |

**3ـ3ـ هزينه آزمایش‌ها و خدمات تخصصي: ( تمام آزمایشات باید در پردیس دانشگاهی انجام گیرد)**

| **موضوع آزمايش يا خدمات تخصصي** | **مركز سرويس دهنده** | **تعداد****كل دفعات** | **هزينه براي هر دفعه** | **جمع (ريال)** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **جمع هزينه هاي آزمایش‌ها و خدمات تخصصي** |  |

**3ـ4ـ فهرست مواد و وسايل مصرفي لازم براي اجراي اين طرح كه بايد خريداري شود:**

**(به استناد نامه شماره 386/د/1/4/8 مورخ 19/3/94 معاونت توسعه مديريت و منابع از فرم پروپوزال حذف گرديد)**

**3ـ5ـ فهرست مواد و وسايل مصرفي لازم براي اجراي اين طرح كه بايد خريداري شود:**

**(لطفاً پس از تكميل سطرهاي اضافي را حذف كنيد)**

| **رديف** | **نام ماده يا وسيله مصرفي** | **شركت سازنده يا فروشنده** | **كشور** | **در ايران موجود است؟** | **تعداد يا مقدار لازم** | **قيمت واحد** | **قيمت كل ( ريال )** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **جمع هزينه‌هاي وسايل :** |  |

**3ـ6ـ هزينه مسافرت (در صورت لزوم):**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **مقصد** | **تعداد و هدف از مسافرت در مدت اجراي طرح**  | **نوع وسيله نقليه** | **تعداد افراد** | **مبلغ ( ريال )** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **جمع هزينه هاي مسافرت** |  |

**3ـ7ـ هزينه تايپ و تكثير:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1** | **تايپ ، تكثير و صحافي گزارش نهايي** **( ريال )** |  |
| **2** | **تايپ و تكثير پرسشنامه ( در صورت وجود ) ( ريال )** |  |
| **جمع هزينه‌ها ( ريال )** |  |

**3ـ8ـ هزینه‌هایی كه از ساير سازمان‌ها تأمین خواهد شد؟**

**3-7-1- نام سازمان تأمین كننده اعتبار،‏ مبلغ و نحوه مصرف آن :**

**3ـ9ـ جمع هزينه هاي طرح:**

|  |  |
| --- | --- |
| **1- هزينه پرسنلي**  |  |
| **2- هزينه آزمایش‌ها و خدمات تخصصي**  |  |
| **3- هزينه وسايل مصرفي** |  |
| **4- هزينه مسافرت**  |  |
| **5- هزينه تايپ و تكثير** |  |
| **6- جمع كل هزینه‌ها :** |  |
| **7- مبلغ تأمین شده توسط سازمان‌های ديگر** |  |
| **8- باقيمانده اعتبار مورد نياز كه بايد توسط معاونت پژوهشي تأمین گردد:** |  |

صحت مطالب، ليست وسايل و مواد و هزينه هاي مطالب مندرج در طرح پيشنهادي مورد تأييد می‌باشد.

**بخش چهارم – اطلاعات ديگر مربوط به طرح**

**4ـ1ـ مشكلات اجرائي احتمالي در انجام طرح و روش حل مشكلات :**

**4ـ1ـ منابع و مأخذ ( References ) :‌**

**خلاصه : ( در این قسمت خلاصه ای از طرح شامل عنوان، اهداف ویژه و روش کار آورده شود.)**

**عنوان:**

**هدف اصلي:**

**هدف كاربردي:**

**روش كار:**

**هزينه پيش‌بيني شده:**

**صورتجلسه شورای پژوهشی گروه ..................................... مورخ .......................**

**پایان نامه خانم/ آقای .......................................................................................... در مقطع ......................................................
با عنوان ..........................................................................................................................................................................................
به راهنمایی ................................................. در جلسه مورخ ............................. شورای پژوهشي گروه ...................................
با مبلغ ...................................... ریال مطرح و مورد بررسی قرار گرفت و به تصویب اعضای شورای پژوهشی گروه رسيد.**

**امضای اعضای شورای پژوهشي گروه :**

1. **نام و نام خانوادگي ...................................................... مهر و امضاء .........................................**
2. **نام و نام خانوادگي ...................................................... مهر و امضاء .........................................**
3. **نام و نام خانوادگي ...................................................... مهر و امضاء .........................................**
4. **نام و نام خانوادگي ...................................................... مهر و امضاء .........................................**
5. **نام و نام خانوادگي ...................................................... مهر و امضاء .........................................**
6. **نام و نام خانوادگي ...................................................... مهر و امضاء .........................................**
7. **نام و نام خانوادگي ...................................................... مهر و امضاء .........................................**
8. **نام و نام خانوادگي ...................................................... مهر و امضاء ........................................**

**مهر و امضای مدیر گروه**



راهنماي تكميل فرم رضایت آگاهانه

شرکت در طرح تحقیقاتی

**معاونت توسعه پژوهش و فناوری**

تاریخ: .................................................

* **پژوهشگر محترم: ردیف‌های ستاره‌دار بطور دقیق مطالعه و بر اساس اطلاعات پژوهش مورد نظر جهت طرح در کمیته اخلاق در پژوهش نسبت به تکمیل آن اقدام شود. در نهايت فرم تكيمل شده مي‌بايست در يك صفحه تهيه و به امضاي پژوهشگر برسد.**

|  |  |
| --- | --- |
| عنوان طرح پژوهشي | **\*** |
| نام مجري | **\*** |
| معرفی پژوهش | \* در این قسمت باید طرح تحقیقاتی به زبان بسیار ساده و قابل فهم برای بیمار توضیح داده شود و بیمار بداند برای وی چه روش درمانی یا تشخیصی، چگونه و به چه مدت بکار برده می شود.  |
| خونگیری | \* در صورتیکه از بیمار در طی طرح تحقیقاتی خونگیری بعمل می آید در این قسمت میزان خون گرفته شده و دلیل این عمل باید به وضوح توضیح داده شود. |
| مزایا | \* در این قسمت فواید شرکت در پژوهش مورد نظر باید برای بیمار به زبان ساده و قابل فهم بیان شود. |
| خطرات | \* در این قسمت Side effect ها و مضرات احتمالی روش انتخابی جهت تشخیص یا درمان بیماری فرد برای وی به زبان ساده و قابل فهم بیان شود. |
| جبران خطرات | \* در این قسمت باید مشخص گردد که جبران عوارض احتمالی روش تشخیصی یا درمانی جدید به عهده مجری یا مجریان طرح تحقیقاتی می باشد و نحوه جبران خسارت نیز باید ذکر گردد. |
| هزینه | \* در این قسمت باید ذکر گردد که چنانچه در طرح تحقیقاتی اقدام تشخیصی یا درمانی غیر متعارف یا غیر ضروری انجام شود، هزینه به عهده مجری یا مجریان طرح خواهد بود و بیمار هزینه ای را پرداخت نخواهد کرد. |
| روشهای جایگزین | \* در این قسمت باید شرح داده شود که در صورت عدم پذیرش روش انتخابی پژوهشگر، بیمار از چه روشهای درمانی یا تشخیصی دیگر می تواند استفاده نماید. |
| محرمانه بودن | \* در این قسمت باید ذکر گردد که نتایج آزمایشها و روشهای به کار رفته به اطلاع بیمار خواهد رسید و این نتایج بصورت کاملاً محرمانه و صرفاً جهت مقاصد پژوهش به کار خواهد رفت و هویت بیمار در چارچوب قانون محرمانه خواهد ماند. |
| كدكارآزمايي باليني | \* پس از اخذ كد اخلاق و ثبت طرح در [www.irct.ir](http://www.irct.ir) ، كدكارآزمايي باليني در فرم نهايي ارائه شده به شركت كنندگان در طرح در اين قسمت ثبت گردد. |
| آدرسپژوهشگر | \* در این قسمت آدرس مجری یا مجریان طرح در اختیار بیمار داده شود تا وی در هر زمانی که مایل بود بتواند پرسشهای خود را در مورد روشهای به کار رفته جهت تشخیص یا درمان وی یا بروز عوارض احتمالی آن روشها مطرح و مشاوره دریافت نماید. | مهر و امضاء پژوهشگر |
| شماره تماس پژوهشگر | \* در این قسمت باید آدرس و شماره تلفن تماس مجری یا مجریان طرح در اختیار بیمار داده شود تا وی در هر زمانی که مایل بود بتواند پرسشهای خود را در مورد روشهای به کار رفته جهت تشخیص یا درمان وی یا بروز عوارض احتمالی آن روشها مطرح و مشاوره دریافت نماید. |
| **اين بخش مي‌بايست توسط فرد مورد پژوهش تكميل گردد.** |
| اينجانب با آگاهي کامل از موارد فوق و توضيحات حضوري مجري رضايت مي‌دهم که به عنوان يک فرد مورد مطالعه در پژوهش به صورت كاملا اختياري و آزاد شرکت نمايم.کليه اطلاعاتي که از من گرفته مي‌شود و نيز نام من محرمانه باقي خواهد ماند و نتايج تحقيقات به صورت کلي و در قالب اطلاعات گروه مورد مطالعه منتشر مي‌گردد و نتايج فردي درصورت نياز بدون ذکر نام و مشخصات فردي عرضه خواهد گرديد و همچنين برائت پزشک يا پزشکان اين طرح را ازکليه اقدامات مذکور در برگه اطلاعاتي در صورت عدم تقصير درارائه اقدامات اعلام مي‌دارم.اين موافقت مانع از اقدامات قانوني اينجانب در صورتي که عملي خلاف وغير انساني انجام شود نخواهد بود. |
| آدرسفرد مورد پژوهش |  | امضاء واثر انگشت فرد يا قيم فرد مورد پژوهش  |
| شماره تماس فرد مورد پژوهش |  |
| لطفا پيشنهادات و نظرات و يا مشكلاتي و هرگونه خلافي كه در پروسه انجام اين تحقيق وجودداشته يا دارد با شماره تلفن 33361984-061 دفتر كميته اخلاق دانشگاه علوم پزشكي جندي شاپور اهواز و يا با پست الكترونيك research@ajums.ac.ir با ما در ميان بگذاريد. |