



مجتمع آموزشی درمانی، پژوهشی خورشید  
معاونت پژوهشی

کد فرم: FO/PE/13

سال تدوین: ۱۳۹۷

شماره بازنگری: ۴

فرم اطلاعات پژوهشی طرح‌های اجرایی در مرکز

نام و نام خانوادگی: ..... رشته تحصیلی: ..... شماره دانشجویی: .....

دانشکده: ..... شماره همراه: .....

عنوان پروپوزال: .....

آیا پروپوزال در دانشکده تصویب شده:  بله  خیر

کد تصویب طرح در دانشکده (الزامی): ..... کد تصویب طرح در کمیته اخلاق پزشکی (الزامی): .....

تاریخ شروع طرح: ..... طول مدت اجرای طرح: .....

نام بیمارستان در متن پروپوزال ذکر شده است:  بله  خیر

مجری متعهد می‌گردد در مقاله چاپ شده نام بیمارستان را در قسمت محل نمونه‌گیری در روش اجرا ذکر نماید:  بله  خیر

در صورتی که طرح مذکور به شکل مداخله بر روی بیماران است، حضور یک نفر پزشک هیات علمی از مجتمع آموزشی درمانی پژوهشی خورشید الزامی است، آیا این مورد در نظر گرفته شده است؟  بله  مصداق ندارد

نام مشاور یا همکار پیشنهادی از مجتمع آموزشی درمانی پژوهشی خورشید:

مهر و امضای مشاور یا همکار طرح از مرکز آموزشی درمانی پژوهشی خورشید:

خلاصه‌ای از اجرای طرح:

تذکر:

- ✓ مسوولین مربوطه در طی فرایند انجام کار بر عملکرد پژوهشگر نظارت داشته و در صورت عدم تبعیت مجری از قوانین پژوهش و یا اتمام مدت زمان اجرای طرح در این مرکز، هر زمان صلاح بدانند می‌توانند کار را متوقف نمایند.
- ✓ مجری متعهد می‌شود در فواصل زمانی ۳ ماهه بازخورد فرایند اجرایی طرح خود را به صورت کتبی به معاونت پژوهشی مرکز ارائه نماید.
- ✓ مجری متعهد می‌شود نام مشاور یا همکار طرح از مجتمع آموزشی درمانی پژوهشی خورشید را در مقاله منتج از طرح ذکر نماید.
- ✓ مجری متعهد می‌شود یک نسخه از مقاله منتج از کار را به معاونت پژوهشی مرکز تحویل دهد (این مورد در همکاری‌های بعدی موثر خواهد بود).
- ✓ مجری متعهد می‌شود نام مجتمع آموزشی درمانی، پژوهشی خورشید را در قسمت Acknowledgement ذکر کند.

نام و نام خانوادگی و امضای دانشجو ..... نام و نام خانوادگی و امضای استاد راهنما یا مجری اصلی

اجرای این طرح در مرکز آموزشی درمانی، پژوهشی خورشید بلامانع است:  بله  خیر

مهر و امضای سوپروایزر آموزشی مرکز ..... مهر و امضای معاون پژوهشی مرکز

- فرم پس از تکمیل تحویل معاونت پژوهشی مرکز گردد.