|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | فرم اطلاعات پذيرش و توصيف آزمايش EEG | شماره سند :  |
| شماره پذيرش:  |
| تاريخ پذيرش  |

محقق گرامي خواهشمنداست درتكميل اين فرم نهايت دقت را مبذول فرماييد.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| مشتري | نام و نام خانوادگي مجري طرح: (پژوهشگر اصلي) | نام و نام خانوادگي مجري طرح: (پژوهشگر اصلي) |
| رشته و آخرين مدرك تحصيلي:  | دانشگاه ها:  |
| عنوان پروژه: |
| خلاصه پروژه: |
| مجوز اخلاق  دارد  ندارد  | نيازمند معرفي جهت دريافت مجوز كميته اخلاق از سوي آزمايشگاه مي­باشم  نمي باشم  |
| تكميل كننده: نام /امضاء/ تاريخ  | كارشناس ارتباط با مشتريان: نام /امضاء/ تاريخ  | تكميل كننده: نام /امضاء/ تاريخ  |
| معاون پژوهش و فناوري  | نتيجه بررسي پروژه (اين قسمت توسط آزمايشگاه تكميل مي شود) |
| نام آزمايشگاه : واحد:  | نيازبه مجوز كميته اخلاق  دارد  ندارد |
| ميزان انطباق با آزمایشگاه : |
| توضيح /امضا: |
| آزمايشگاه / واحد  | اين پروژه قابل انجام  مي باشد  نمي باشد ملاحظات:  |
| نياز به جلسه پايلوت  دارد  ندارد | كل زمان ارايه خدمات : ..... ساعت  |
|  خدمات از قبل طراحي شده  خدمات طراحي خاص داردمدت زمان تخميني طراحي ............................................... ساعت  | به آناليز داده آنياز  دارد  ندارد |
| داده ها پس از 3 ماه از پايان پروژه نگهداري  شود  نشود | متقاضي ثبت داده ها در بايوبانك و بهره مندي از مزاياي آن:  مي باشم  نمي باشم |
| مسئول آزمايشگاه: نام /امضاء/ تاريخ  | مسئول آزمايشگاه: نام /امضاء/ تاريخ  | مسئول آزمايشگاه: نام /امضاء/ تاريخ  |
| **مشخصات جامعه آزمون** |
| تعداد كل آزمودني ها: | تعداد جلسات براي هر آزمودني :  | مدت زمان تخميني هرجلسه:  |
| زمان تخميني كل آزمايش :  |  |  |
|  | فرم اطلاعات پذيرش و توصيف آزمايش EEG | شماره سند :  |
| شماره پذيرش:  |
| تاريخ پذيرش  |
| **نكات مهم**  |
| 1-اخذ تاييد كميته اخلاق پزشكي از فرآيند ثبت داده الزامي است.2- تحويل رضايت نامه هرآزمودني، پيش ازشروع هرجلسه ثبت داده الزامي است.3- رضايت نامه آزمودني هاي زير 18سال بايد توسط ولي قانوني آنها پرشود.4- درصورت نياز به خدمات آزمايشگاهي ديگر، فرم توصيف آزمايش واحد مربوطه جداگانه پرشود.5- درصورتي كه اجازه استفاده از اطلاعات و داده ها را بدهيد،ذخيره سازي آنها به صورت رايگان انجام مي شود. 6- مدت اعتبار اين فرم براي انجام پروژه 2ماه از تاريخ تكميل آن مي باشد.  |
| **اين قسمت توسط كارشناس آزمايشگاه تكميل مي گردد** |
| خدمات مورد نياز: ثبت داده  طراحي تكليف  ثبت EEG  ثبت EOG  ثبت EMG  سنسور EEG كل زمان مورد نياز پژوهش: تجهيزات و لوازم غيرمصرفي مورد نياز: موارد خاص: لوازم و مواد مصرفي مودرنياز: ژل  سرژي فيكس  حوله يكبار مصرف  الكترود يكبار مصرف  تعداد: چسب دوطرفه  تعداد: موارد ديگر: وضعيت آزمون: قابل انجام  ارجاع به آزمايشگاه : غير قابل انجام  علت عدم انجام:  |
| كارشناس آزمايشگاه: نام /امضاء/ تاريخ  | مشتري: نام /امضاء/ تاريخ  |
| پزشك مقيم: نام /امضاء/ تاريخ  | مدير امور آزمايشگاه­ها: نام /امضاء/ تاريخ  |
| اينجانب .................................. به عنوان پژهشگر اصلي و مجري پروژه با عنوان ....................................................................................................................................ضمن تأييد نمايندگي .................................. به عنوان نماينده تام الاختيار مجري درتمام طول پروژه،موارد تكميل شده درفرم توصيف را مطالعه نموده و صحت، مناسب بودن و كافي بودن آنها را براي انجام آزمون EEG تاييد مي نمايم.استاد راهنما/ امضا/ تاريخ  |

⏺ارايه مجوز اخلاق در نمونه هاي انساني الزامي است.

⏺خواهشمند است اگر نتايج اين آزمايش منجربه يك اثر علمي گرديد. در بخش قدرداني نام دستگاه و آزمايشگاه ملي نقشه برداري مغز قيد گردد.

⏺اعتبار اين فرم 2 ماه مي باشد. چنانچه پس از گذشت 2ماه از تكميل فرم جهت انجام آزمايشگاه مراجعه نشود. پرونده بايگاني خواهد شد.

⏺فرم مربوط به شرايط آزمودني را مطالعه كرده ام و ازآن آگاهي دارم.