

شماره سند :	فرم اطلاعات پذیرش و توصیف آزمایش TDCS	
شماره پذیرش:		
تاریخ پذیرش		
جزئیات آزمون		
نوع تحریک : <input type="checkbox"/> TDCS <input type="checkbox"/> TACS <input type="checkbox"/> TRNS		
نقاط فرارگیری الکترودها با توجه به نوع مطالعه (آنودال و کاتودال بودن را نیز ذکر کنید):		
در صورتی که از تحریک جریان متناوب استفاده می کنید موارد زیر را تکمیل کنید.		
میزان جریان اعمالی:	میزان فرکانس اعمالی:	فاز جریان متناوب مورد نظر:
آیا قبل و بعد از ارائه تحریک به ثبت سیگنال مغزی نیز نیاز دارد؟ <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد		
** اگر به ثبت سیگنال EEG نیاز دارید اطلاعات لازم جهت انجام این کار را ذکر کنید. (اطلاعات شامل تعداد الکترودها و محل قرار گرفتن الکترودها)		
تکلیف (Task) آزمودنی حین آزمون: <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> دارد: <input type="checkbox"/> نیاز به طراحی دارد		
مشخصات تکلیف (Task):		
آیا مطالعه شما به گروه شم نیز نیاز دارد؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله	آیا مطالعه شما به صورت دوسوکور می باشد؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله	
آیا به تصویر برداری MRI نیاز دارد؟ <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> دارد:		
اگر دارد: <input type="checkbox"/> قبل از تحریک <input type="checkbox"/> بعد از تحریک <input type="checkbox"/> همزمان با تحریک		
نکات مهم		
<p>۱- اخذ تایید کمیته اخلاق پزشکی از فرآیند ثبت داده الزامی است.</p> <p>۲- تحویل رضایت نامه هر آزمودنی، پیش از شروع هر جلسه ثبت داده الزامی است.</p> <p>۳- رضایت نامه آزمودنی های زیر ۱۸ سال باید توسط ولی قانونی آنها پر شود.</p> <p>۴- در صورت نیاز به خدمات آزمایشگاهی دیگر، فرم توصیف آزمایش واحد مربوطه جداگانه پر شود.</p> <p>۵- در صورتی که اجازه استفاده از اطلاعات و داده ها را بدهید، ذخیره سازی آنها به صورت رایگان انجام می شود.</p> <p>۶- مدت اعتبار این فرم برای انجام پروژه ۲ ماه از تاریخ تکمیل آن می باشد.</p>		

شماره سند :	فرم اطلاعات پذیرش و توصیف آزمایش TDCS
شماره پذیرش:	
تاریخ پذیرش	

محقق گرامی خواهشمنداست در تکمیل این فرم نهایت دقت را مبذول فرمایید.

مشتری	نام و نام خانوادگی مجری طرح: (پژوهشگر اصلی)	نام و نام خانوادگی مجری طرح: (تمایند)
	رشته و آخرین مدرک تحصیلی:	دانشگاه :
	عنوان پروژه:	
	خلاصه پروژه:	
مجاز اخلاق <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد		نیازمند معرفی جهت دریافت مجوز کمیته اخلاق از سوی آزمایشگاه می‌باشم <input type="checkbox"/> نمی‌باشم
تکمیل کننده: نام / امضاء / تاریخ	کارشناس ارتباط با مشتریان: نام / امضاء / تاریخ	مدیر ارتباط با مشتریان: نام / امضاء / تاریخ

معاون پژوهش و فناوری	نتیجه بررسی پروژه (این قسمت توسط آزمایشگاه تکمیل می‌شود)	
	نام آزمایشگاه : واحد:	نیاز به مجوز کمیته اخلاق <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد
	میزان انطباق با آزمایشگاه :	ارجاع شود به :
	توضیح / امضا:	

آزمایشگاه / واحد	این پروژه قابل انجام <input type="checkbox"/> می‌باشد <input type="checkbox"/> نمی‌باشد ملاحظات:	
	نیاز به جلسه پایلوت <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد	کل زمان ارایه خدمات : ساعت
	<input type="checkbox"/> خدمات از قبل طراحی شده <input type="checkbox"/> خدمات طراحی خاص دارد	به آنالیز داده نیاز <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد
	مدت زمان تخمینی طراحی ساعت	
	داده‌ها پس از ۳ ماه از پایان پروژه نگهداری <input type="checkbox"/> شود <input type="checkbox"/> نشود	متقاضی ثبت داده‌ها در بایوبانک و بهره‌مندی از مزایای آن: <input type="checkbox"/> می‌باشم <input type="checkbox"/> نمی‌باشم
	مسئول آزمایشگاه: نام / امضاء / تاریخ	مدیر امور آزمایشگاه: نام / امضاء / تاریخ
معاون پژوهش و فناوری: نام / امضاء / تاریخ		

مشخصات جامعه آزمون		
تعداد کل آزمودنی‌ها:	تعداد جلسات برای هر آزمودنی :	مدت زمان هر جلسه:
مشخصات آزمودنی:	<input type="checkbox"/> سالم <input type="checkbox"/> بیمار	نوع بیماری (اختلال):
محدوده سنی :	از چه آزمودنی جهت اعتبار سنجی مطالعه استفاده می‌کنید؟	
شماره سند :		

شماره پذیرش:	فرم اطلاعات پذیرش و توصیف آزمایش TDCS
تاریخ پذیرش	

بررسی آزمایش	
خدمات مورد نیاز:	<input type="checkbox"/> ثابت داده <input type="checkbox"/> طراحی تکلیف
علت عدم انجام:	
نوع خدمات:	<input type="checkbox"/> TDCS <input type="checkbox"/> TACS <input type="checkbox"/> TRNS
	<input type="checkbox"/> انجام EEG <input type="checkbox"/> انجام MRI <input type="checkbox"/> طراحی تکلیف (Task)
کل زمان مورد نیاز مطالعه:	
اقدام مورد نیاز:	<input type="checkbox"/> الکتروود تحریک <input type="checkbox"/> الکتروود EEG <input type="checkbox"/> کلاه <input type="checkbox"/> ژل

کارشناس آزمایشگاه:	مشتری:
نام / امضاء / تاریخ	نام / امضاء / تاریخ
پزشک مقیم:	مدیر امور آزمایشگاهها:
نام / امضاء / تاریخ	نام / امضاء / تاریخ
اینجانب به عنوان پژوهشگر اصلی و مجری پروژه با عنوان ضمن تأیید نمایندگی به عنوان نماینده تام الاختیار مجری در تمام طول پروژه، موارد تکمیل شده در فرم توصیف را مطالعه نموده و صحت، مناسب بودن و کافی بودن آنها را برای انجام آزمون تأیید می نمایم. استاد راهنما / امضا / تاریخ	