|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 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 دارد  مدت 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.