

فرم اطلاعات پذیرش و توصیف آزمایشگاه ردیاب چشمی	شماره سند :
	شماره پذیرش:
	تاریخ پذیرش

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

مشتري	نام و نام خانوادگی مجری طرح: (پژوهشگر اصلی)	نام و نام خانوادگی مجری طرح: (پژوهشگر اصلی)		
	رشته و آخرین مدرک تحصیلی:	دانشگاه ها:		
	عنوان پروژه:			
	خلاصه پروژه:			
	مجوز اخلاق ☐ دارد ☐ ندارد نیازمند معرفی جهت دریافت مجوز کمیته اخلاق از سوی آزمایشگاه می باشم ☐ نمی باشم			
تکمیل کننده:			کارشناس ارتباط با مشتریان:	تکمیل کننده:
نام / امضاء / تاریخ			نام / امضاء / تاریخ	نام / امضاء / تاریخ
معاون پژوهش و فناوری	نتیجه بررسی پروژه (این قسمت توسط آزمایشگاه تکمیل می شود)			
	نام آزمایشگاه :			
	میزان انطباق با آزمایشگاه			
	توضیح / امضا:			
	این پروژه قابل انجام ☐ می باشد ☐ نمی باشد ملاحظات:			
آزمایشگاه واحد	نیاز به جلسه پایلوت ☐ دارد ☐ ندارد		کل زمان ارائه خدمات : ساعت	
	☐ خدمات از قبل طراحی شده ☐ خدمات طراحی خاص دارد		به آنالیز داده آتیاز ☐ دارد ☐ ندارد	
	مدت زمان تخمینی طراحی ساعت			
	داده ها پس از ۳ ماه از پایان پروژه نگهداری ☐ شود ☐ نشود		متقاضی ثبت داده ها در بایوبانک و بهره مندی از مزایای آن: ☐ می باشم ☐ نمی باشم	
	مسئول آزمایشگاه:		مسئول آزمایشگاه:	
	نام / امضاء / تاریخ		نام / امضاء / تاریخ	
مشخصات جامعه آزمون				
تعداد کل آزمودنی ها:		تعداد افراد کنترل:		تعداد افراد بیمار:
تعداد جلسات برای هر آزمودنی ها:		تعداد جلسات برای هر آزمودنی ها:		
مشخصات آزمودنی:				

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

فرم اطلاعات پذیرش و توصیف آزمایشگاه		شماره سند :
ردیاب چشمی		شماره پذیرش:
		تاریخ پذیرش
سالم بیمار (نوع بیماری): دستگاه ردیاب چشمی مورد نظر برای آزمایش: آیا نیاز به سایر تجهیزات برای آزمایش می باشد نمی باشد در صورت نیاز اقلام مورد نیاز را ذکر فرمائید.		
نوع مدالیتنه جانبی		
نوع مدالیتنه جانبی: آیا نیاز به آنالیز دارید؟ بلی خیر آیا نیاز به طراحی Task دارید: بلی خیر نام نرم افزار طراحی Task: در باره task حین آزمایش به طور مختصر توضیح دهید.		
نظر کارشناس		
وضعیت آزمون (کارشناس مولتی مدال): قابل انجام غیر قابل انجام علت عدم انجام :		
وضعیت آزمون: قابل انجام غیر قابل انجام علت عدم انجام :		
پذیرش : شود نشود علت عدم پذیرش		
کل زمان مورد نیاز مطالعه:		
اقلام مورد نیاز:		
کارشناس آزمایشگاه:	مشتري:	
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..... ۱-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 Eye Tracking تایید می نمایم. ۲- اگر نتایج این آزمایش منجر به یک اثر علمی گردید. در بخش قدردانی نام دستگاه و آزمایشگاه شناختی اصفهان قید گردد. ۳-اجازه ذخیره و استفاده از دیتا های ثبت شده در بایو بانک آزمایشگاه شناختی اصفهان داده می شود استاد راهنما/ امضا/ تاریخ		

مدت اعتبار این فرم برای انجام پروژه ۲ ماه از تاریخ تکمیل آن می باشد.