

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

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

مستری	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:				
	مجاز اخلاق ☐ دارد ☐ ندارد		نیازمند معرفی جهت دریافت مجوز کمیته اخلاق از سوی آزمایشگاه می باشم ☐ نمی باشم		
تکمیل کننده: نام / امضاء / تاریخ		کارشناس ارتباط با مشتریان: نام / امضاء / تاریخ		تکمیل کننده: نام / امضاء / تاریخ	
معاون پژوهش و فناوری	نتیجه بررسی پروژه (این قسمت توسط آزمایشگاه تکمیل می شود)				
	نام آزمایشگاه : واحد:		نیاز به مجوز کمیته اخلاق ☐ دارد ☐ ندارد		
	میزان انطباق با آزمایشگاه :				
	توضیح / امضا:				
آزمایشگاه / واحد	این پروژه قابل انجام ☐ می باشد ☐ نمی باشد ملاحظات:				
	نیاز به جلسه پایلوت ☐ دارد ☐ ندارد		کل زمان ارائه خدمات : ساعت		
	☐ خدمات از قبل طراحی شده ☐ خدمات طراحی خاص دارد		به آنالیز داده آنیاز ☐ دارد ☐ ندارد		
	مدت زمان تخمینی طراحی ساعت				
	داده ها پس از ۳ ماه از پایان پروژه نگهداری ☐ نشود ☐ میشود		متقاضی ثبت داده ها در بایوبانک و بهره مندی از مزایای آن: ☐ می باشم ☐ نمی باشم		
	مسئول آزمایشگاه: نام / امضاء / تاریخ		مسئول آزمایشگاه: نام / امضاء / تاریخ		مسئول آزمایشگاه: نام / امضاء / تاریخ
مشخصات جامعه آزمون					
تعداد کل آزمودنی ها:		تعداد جلسات برای هر آزمودنی :		مدت زمان تخمینی هر جلسه:	
زمان تخمینی کل آزمایش :					
				شماره سند :	

فرم اطلاعات پذیرش و توصیف آزمایش EEG		شماره پذیرش:
		تاریخ پذیرش
نکات مهم		
۱- اخذ تایید کمیته اخلاق پزشکی از فرآیند ثبت داده الزامی است. ۲- تحویل رضایت نامه هرآزمودنی، پیش از شروع هر جلسه ثبت داده الزامی است. ۳- رضایت نامه آزمودنی های زیر ۱۸ سال باید توسط ولی قانونی آنها پر شود. ۴- در صورت نیاز به خدمات آزمایشگاهی دیگر، فرم توصیف آزمایش واحد مربوطه جداگانه پر شود. ۵- در صورتی که اجازه استفاده از اطلاعات و داده ها را بدهید، ذخیره سازی آنها به صورت رایگان انجام می شود. ۶- مدت اعتبار این فرم برای انجام پروژه ۲ ماه از تاریخ تکمیل آن می باشد.		
این قسمت توسط کارشناس آزمایشگاه تکمیل می گردد		
خدمات مورد نیاز: ☐ ثبت داده ☐ طراحی تکلیف ☐ ثبت EEG ☐ ثبت EOG ☐ ثبت EMG ☐ سنسور EEG A کل زمان مورد نیاز پژوهش: تجهیزات و لوازم غیر مصرفی مورد نیاز: موارد خاص: لوازم و مواد مصرفی مورد نیاز: ☐ ژل ☐ سرژی فیکس ☐ حوله یکبار مصرف ☐ الکتروود یکبار مصرف ☐ تعداد: ☐ چسب دوطرفه ☐ تعداد: موارد دیگر: وضعیت آزمون: ☐ قابل انجام ☐ ارجاع به آزمایشگاه: ☐ غیر قابل انجام ☐ علت عدم انجام:		
کارشناس آزمایشگاه:		مشتری:
نام / امضاء / تاریخ		نام / امضاء / تاریخ
پزشک مقیم:		مدیر امور آزمایشگاه ها:
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 EEG 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		
امضا / تاریخ		