

بسمه تعالی



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شاهرود

معاونت تحقیقات و فناوری

❁ پرسشنامه طرح تحقیقاتی ❁

نام و نام خانوادگی استاد راهنما - طرح دهندگان:

دانشکده:

عنوان طرح:

کد طرح:

نشانی: شاهرود - میدان هفتم تیر - ساختمان مرکزی دانشگاه علوم پزشکی شاهرود

کمیته تحقیقات دانشجویی



۱- عنوان طرح به فارسی:

۲- عنوان طرح به انگلیسی:

۳- مقدمه و ضرورت اجرا:

۴- بررسی متون:

۵- روش اجرای طرح:



۶- مشخصات ابزار جمع آوری اطلاعات (مصاحبه) پرسشنامه هردو و نحوه جمع آوری آن :

۷- حجم نمونه و تعداد آن:

۸- اهداف اصلی طرح:

۹- اهداف فرعی طرح:

۱۰- اهداف کاربردی طرح:

۱۱- فرضیات یا سوالات پژوهشی (با توجه به اهداف طرح):



۱۳- محدودیتهای اجرایی طرح و روش کاهش آنها:

۱۴- فهرست منابعی که در بررسی متون استفاده شده است (به ترتیب ورود در متن درج گردد).

۱۵- نوع مطالعه را مشخص فرمایید و در قسمت روش اجرا موارد مقابل بند مورد اشاره را توضیح دهید.			
محل علامت	نوع مطالعه	محل علامت	نوع مطالعه
<input type="checkbox"/>	بررسی بیماران (Case series)	<input type="checkbox"/>	مطالعه برای ساخت دارو یا وسائل
<input type="checkbox"/>	بررسی مقطعی (Cross sectional)	<input type="checkbox"/>	راه اندازی یک روش با سیستم علمی / اجرایی
<input type="checkbox"/>	مطالعه مورد / شاهد (Case/ control)	<input type="checkbox"/>	بررسی تستها
<input type="checkbox"/>	مطالعه هم گروهی (Cohort)	<input type="checkbox"/>	بررسی روشها
<input type="checkbox"/>	مطالعه مداخله ای (Interventional) و یا کارآزمایی بالینی (clinical trial)	<input type="checkbox"/>	مطالعات کیفی
<input type="checkbox"/>	مطالعات علوم پایه (Experimental)	<input type="checkbox"/>	مطالعات مدیریت سیستم بهداشتی
<input type="checkbox"/>	طراحی نرم افزار	<input type="checkbox"/>	

۱۶- جدول متغیرها:										
ردیف	عنوان متغیر	نوع متغیر		کمی		کیفی		تعریف عملی - علمی	نحوه اندازه گیری	مقیاس
		مستقل	وابسته	نسبتی	پرتوسه	اسمی	نسبی			
۱.										
۲.										
۳.										
۴.										
۵.										
۶.										
۷.										
۸.										
۹.										
۱۰.										

۱۷- جدول زمانبندی مراحل اجرای طرح:																													
ردیف	فعالیت‌های اجرایی	زمان کل هر فعالیت	زمان اجرا به ماه																										
			۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵	۱۶	۱۷	۱۸	۱۹	۲۰	۲۱	۲۲	۲۳	۲۴	۲۵		

توجه :

- ۱- زمان طراحی پیش نویس طرح و تکمیل این فرم جزء زمان اجرای طرح محسوب نمی شود.
- ۲- دریافت گزارش‌ها با توجه به جدول گانت مصوب صورت می پذیرد. بنابراین لازم است مجری طرح زمان ارائه گزارشات طرح را در این جدول مشخص نماید.
- ۳- زمان شروع طرح بعد از تصویب آن با هماهنگی مدیر اجرایی طرح و حوزه مدیریت امور پژوهشی و از هنگام تامین اعتبار در نظر گرفته می شود.

۱۸- جمع هزینه های طرح (به ریال):	
هزینه پرسنلی	
هزینه آزمایشها و خدمات تخصصی	
هزینه مواد و وسایل مصرفی	
هزینه وسایل غیر مصرفی	
هزینه مسافرت	
هزینه های دیگر	
جمع کل	۰,۰۰ ریال

۱۹- مشخصات نماینده مجریان

نام و نام خانوادگی:
مدرک تحصیلی و رتبه علمی:
کد ملی:
نشانی و تلفن در دسترس:
نشانی پست الکترونیک:

۲۰- مشخصات همکاران و مجریان اصلی طرح :						
ردیف	نام و نام خانوادگی	کدملی	شغل	درجه علمی	نوع همکاری	امضای همکار

با مطالعه این فرم و رعایت مفاد آن بدینوسیله صحت مطالب مندرج در پیش نویس را تایید می نماید و اعلام می دارد که این تحقیق صرفاً به صورت:

یک طرح تحقیقاتی در دانشگاه علوم پزشکی شاهرود

بصورت مشترک با ارائه شده است.

نام و نام خانوادگی

امضای نماینده مجریان



پیوست شماره یک

فرم معرفی نماینده از سوی مجریان / طرح دهندگان

بدینوسیله اینجانبان مجریان / طرح دهندگان طرح تحقیقاتی تحت عنوان :

را به عنوان نماینده مجریان طرح مذکور جهت هماهنگی با معاونت پژوهش و

آقای/خانم

فناوری معرفی می کنیم.

امضای مجریان / طرح دهندگان

نام و نام خانوادگی مجریان / طرح دهندگان

-۱

-۲

-۳