

شماره سند :	فرم اطلاعات پذیرش و توصیف آزمایشگاه ردیاب چشمی
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 <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد		نیازمند معرفی جهت دریافت مجوز کمیته اخلاق از سوی آزمایشگاه می باشم <input type="checkbox"/> نمی باشم
تکمیل کننده: نام / امضاء / تاریخ	کارشناس ارتباط با مشتریان: نام / امضاء / تاریخ	تکمیل کننده: نام / امضاء / تاریخ
نتیجه بررسی پروژه (این قسمت توسط آزمایشگاه تکمیل می شود)		
نام آزمایشگاه :		نیاز به مجوز کمیته اخلاق <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد
میزان انطباق با آزمایشگاه		
توضیح امضا:		
این پروژه قابل انجام <input type="checkbox"/> می باشد <input type="checkbox"/> نمی باشد ملاحظات:		
نیاز به جلسه پایلوت <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد		کل زمان ارائه خدمات : ساعت
<input type="checkbox"/> خدمات از قبل طراحی شده <input type="checkbox"/> خدمات طراحی خاص دارد مدت زمان تخمینی طراحی ساعت		به آنالیز داده نیاز <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد
داده ها پس از ۳ ماه از پایان پروژه نگهداری <input type="checkbox"/> شود <input type="checkbox"/> نشود		متقاضی ثبت داده ها در بایوبانک و بهره مندی از مزایای آن: <input type="checkbox"/> می باشم <input type="checkbox"/> 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 افراد کنترل:	تعداد افراد بیمار:
تعداد جلسات برای هر آزمودنی ها:	تعداد جلسات برای هر آزمودنی ها:	
مشخصات آزمودنی:		

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

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

<input type="checkbox"/> سالم <input type="checkbox"/> بیمار (نوع بیماری): دستگاه ردیاب چشمی مورد نظر برای آزمایش: آیا نیاز به سایر تجهیزات برای آزمایش <input type="checkbox"/> می باشد <input type="checkbox"/> نمی باشد در صورت نیاز اقلام مورد نیاز را ذکر فرمائید.	
نوع مدالیته جانبی	
نوع مدالیته جانبی: آیا نیاز به آنالیز دارید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر آیا نیاز به طراحی Task دارید: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر نام نرم افزار طراحی Task: در باره task حین آزمایش به طور مختصر توضیح دهید.	
نظر کارشناس	
وضعیت آزمون (کارشناس مولتی مدال):	<input type="checkbox"/> قابل انجام <input type="checkbox"/> غیر قابل انجام علت عدم انجام :
وضعیت آزمون:	<input type="checkbox"/> قابل انجام <input type="checkbox"/> غیر قابل انجام علت عدم انجام :
پذیرش :	<input type="checkbox"/> شود <input type="checkbox"/> نشود <input type="checkbox"/> علت عدم پذیرش
کل زمان مورد نیاز مطالعه:	
اقلام مورد نیاز:	
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 تایید می نمایم. استاد راهنما/ امضا/ تاریخ	

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