

|              |   |  |
|--------------|---|--|
| شماره سند :  | <b>فرم اطلاعات پذیرش و توصیف آزمایش<br/>fNIRS</b> |  |
| شماره پذیرش: |   |  |
| تاریخ پذیرش  |   |  |

**مشخصات آزمودنی**

سالم       بیمار      نوع بیماری (اختلال):      محدوده سنی:

**مشخصات آزمایش:**

|   |  |                                |
|---|--|--------------------------------|
| تعداد کانال های مورد نیاز جهت آزمون<br>مکان دقیق قرارگیری اپتدها بر روی سر: |  |                                |
| آیا به ثبت سیگنال مغزی (EEG) نیز نیاز دارد؟                                 | <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد | <input type="checkbox"/> ندارد |
| آیا به ثبت سیگنال مغزی MRI نیز نیاز دارد؟                                   | <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد | <input type="checkbox"/> ندارد |
| آیا به تحریک الکتریکی (TCS) نیز نیاز دارد؟                                  | <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد | <input type="checkbox"/> ندارد |
| آیا به تحریک مغناطیسی (TMS) نیز نیاز دارد؟                                  | <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر    | <input type="checkbox"/> خیر   |

در صورت ثبت بودن پاسخ سوال بالا موارد زیر را تعیین بفرمایید:

- نوع محرک :  دیداری       شنیداری       هر دو

- برای ارائه محرک از چه نرم افزاری استفاده می نمایید:

- شرح مختصری از Task مورد نظر خود را بنویسید: (حدود ۲۰۰ کلمه )

**نکات مهم**

- ۱- اخذ تایید کمیته اخلاق پزشکی از فرآیند ثبت داده الزامی است.
- ۲- تحویل رضایت نامه هر آزمودنی، 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.

|              |  |
|--------------|--|
| شماره سند :  | <b>فرم اطلاعات پذیرش و توصیف آزمایش</b><br>fNIRS |
| شماره پذیرش: |  |
| تاریخ پذیرش  |  |

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

|   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| مشتری   | نام و نام خانوادگی مجری طرح:<br>(پژوهشگر اصلی)  | نام و نام خانوادگی مجری طرح:<br>(نماینده)  |   |
|   | رشته و آخرین مدرک تحصیلی:   | دانشگاه:   |   |
|   | عنوان پروژه:  |  |   |
|   | خلاصه پروژه:  |  |   |
| مجوز اخلاق <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد |   | نیازمند معرفی جهت دریافت مجوز کمیته اخلاق از سوی آزمایشگاه می باشد <input type="checkbox"/> نمی باشد                           |   |
| تکمیل کننده:<br>نام / امضاء / تاریخ                                     | کارشناس ارتباط با مشتریان:<br>نام / امضاء / تاریخ   | مدیر ارتباط با مشتریان:<br>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 <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد  |   |
|   | میزان انطباق با آزمایشگاه:  | ارجاع شود به :   |   |
|   | توضیح / امضا:   |  |   |
| آزمایشگاه / واحد  | 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 ارایه خدمات : ..... ساعت   |   |
|   | <input type="checkbox"/> خدمات از قبل طراحی شده <input type="checkbox"/> خدمات طراحی خاص دارد         | به آنالیز داده نیاز <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد   |   |
|   | مدت زمان تخمینی طراحی ..... ساعت  |  |   |
|   | 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:<br><input type="checkbox"/> می باشد <input type="checkbox"/> نمی باشد |   |
|   | مسئول آزمایشگاه:<br>نام / امضاء / تاریخ   | مسئول آزمایشگاه:<br>نام / امضاء / تاریخ  | مسئول آزمایشگاه:<br>نام / امضاء / تاریخ |
|   | این قسمت توسط پژوهشگر تکمیل گردد.   |  |   |
| <b>مشخصات جامعه آزمون</b>   |   |  |   |
| تعداد کل آزمودنی ها:  | تعداد جلسات برای هر آزمودنی :   | مدت زمان تخمینی هر جلسه :  |   |
|   |   | زمان تخمینی کل آزمایش :  |   |

**فرم اطلاعات پذیرش و توصیف آزمایش**  
fNIRS

شماره سند

شماره پذیرش:

تاریخ پذیرش

**نظر کارشناس**

وضعیت آزمون :

قابل انجام       غیرقابل انجام

علت عدم انجام:

تایید پذیرش:

مورد تایید است       مورد تایید نمی باشد

علت عدم پذیرش:

خدمات مورد نیاز:

ثبت داده       طراحی تکلیف

کل زمان مورد نیاز مطالعه :

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