

فرم اطلاعات پژوهشی طرح های معرفی شده به بیمارستان

نام و نام خانوادگی : رشته تحصیلی : شماره تماس : شماره دانشجویی :

دانشکده : نام استاد راهنما :

کد تصویب طرح در کمیته اخلاق پژوهشی دانشکده / دانشگاه :

عنوان طرح :

.....

طول مدت اجرای طرح :

رضایت نا مه آگاهانه انجام طرح در صفحه اول پرسشنامه طرح آمده است : ☐ بله ☐ خیر

نام بیمارستان در متن پروپوزال ذکر شده است: ☐ بله ☐ خیر

نام بیمارستان در مقاله چاپ شده لحاظ خواهد شد (وابستگی سازمانی / تقدیر و تشکر) : ☐ بله ☐ خیر

مجری متعهد می گردد مقاله چاپ شده که در آن نام بیمارستان ذکر شده به بیمارستان تحویل دهد : ☐ بله ☐ خیر

این طرح یک نفر مشاور یا همکار از مرکز آموزشی درمانی شهید دکتر چمران دارد. ☐ بله ☐ خیر

نام همکار پیشنهادی از مرکز چمران :

اینجانب متعهد می گردم در صورت انتشار نتایج در قالب مقاله، affiliation بیمارستان به صورت

" Chamran Cardiovascular Medical and Research Hospital, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran " به عنوان

وابستگی دوم ذکر گردد.

و مستندات درخواستی مستندات لازم اعم از پروپوزال، نمونه هایی از پرسشنامه یا چک لیست های تکمیل شده، گزارش نهایی طرح و مقاله منتشر شده را به صورت الکترونیک یا فیزیکی به دفتر واحد توسعه تحقیقات بالینی این مرکز تحویل دهم.

*ادرس ایمیل جهت ارسال الکترونیک مستندات: Researchcenter.chamran@gmail.com

خلاصه ای از اجرای طرح :

.....

.....

امضای پژوهشگر

تاریخ:/...../.....

اجرای این طرح در بیمارستان چمران بلامانع است : ☐ بله ☐ خیر

مدیر/ رئیس بیمارستان قلب
شهید چمران

معاون پژوهشی بیمارستان قلب شهید
چمران

مدیر پرستاری/سوپروایزر آموزشی
بیمارستان قلب شهید چمران