

 **فرم درخواست راه اندازي نظام ثبت بیماري ها**

 **مرکز توسعه و هماهنگی تحقیقات**

 **معاونت تحقیقات و فناوري**

عنوان برنامه ثبت:

نام و نام خانوادگی درخواست کننده (درخواست کنندگان):

نام مرکز تحقیقاتی/ بیمارستان / گروه / سازمان درخواست کننده:

نام دانشگاه/ دانشکده:

**نشانی پستی:** تهران، شهرك قدس (غرب)، بین فلامک و زرافشان، ستاد مرکزي وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت تحقیقات و فناوري، بلوك A، طبقه 15. **تلفن هاي تماس:** 8836356080. **نشانی صفحه اینترنتی:** [http://www.hbi.ir](http://www.hbi.ir/)

# بخش اول: شناسنامه ثبت

عنـوان برنامه ثبت:

مسوول اصلی ثبت: سازمان/مرکزتحقیقاتی/بیمارستان/گروه:

دانشگاه/دانشکده: محیط کاري ثبت: مدت زمان اجرا:

اسامی اعضاي کمیته راهبردي ثبت:

خلاصه ضرورت اجرا و اهداف کاربردي ثبت:

خلاصه ساختار و روش اجـراي ثبت:

#  بخش دوم: مشخصات مسوولین ثبت

1. نام و نام خانوادگی مدیر اجرائی ثبت:
2. رتبه علمی:
3. محل خدمت:
4. نشانی محل خدمت:
5. تلفن محل خدمت: شماره تلفن همراه: پست الکترونیک:

1. ضروري است رزومه علمی مسوول اصلی ثبت به پیوست این فرم به معاونت تحقیقات و فناوري وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ارسال گردد.

1. مشخصات سایر اعضاي کمیته راهبردي ثبت:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  آدرس و تلفن محل خدمت | دانشگاه/دانشکده/ مرکز/گروه اصلی محل خدمت |  تخصص/درجه علمی |  نام و نام خانوادگی |  ردیف |
|   |   |   |   | 1  |
|   |   |   |   | 2  |
|   |   |   |   | 3  |
|   |   |   |   | 4  |
|   |   |   |   | 5  |
|   |   |   |   | 6  |
|   |   |   |   | 7  |
|   |   |   |   | 8  |
|   |   |   |   | 9  |
|   |   |   |   | 10  |

#  بخش سوم: مشخصات کامل ثبت

1. **- عنوان ثبت به فارسی:**

|  |
| --- |
|   |

1. **-عنوان ثبت به انگلیسی:**

|  |
| --- |
|   |

1. **- نوع ثبت:**

 بیماري یا عارضه مواجهه خاص خدمات بهداشتی درمانی سایر پیامدهاي سلامت

توضیحات : .............................................................................................................................................................

1. **گستره جغرافیایی ثبت:**

 ملی

 منطقه اي نام منطقه/مناطق: ...................................................................................................

 بیمارستانی نام بیمارستان/بیمارستان ها: ................................................................................

1. **اهداف اصلی ثبت:**

**6 اهداف پژوهشی ثبت:**

**7- تعریف بیماري (یا رویداد بهداشتی) اصلی مورد ثبت (معیارهاي ورود و خروج):**

1. **- جمعیت هدف ثبت:**

1. **حجم نمونه:**

**10- منابع اطلاعاتی که داده هاي ثبت از آن ها جمع آوري می شود:**

1. **- روش بیماریابی:**

1. **نحوه پیگیري[[1]](#footnote-1) بیماران:**

1. **- بیان مسئله و ضرورت اجراي ثبت:**

1. **بررسی متون، سابقه ثبت و نمونه ثبت هاي موفق در سایر کشورهاي دنیا:**

1. **روش اجراء ثبت، جمع آوري و تجزیه تحلیل و ارزیابی کیفیت اطلاعات:**

1. **- مشخصات ابزار جمع آوري اطلاعات و نحوه جمع آوري آن:**

1. **ساختار مدیریتی ثبت:**

1. **- فلوچارت ساختار مدیریتی ثبت: 19 درصورتیکه برنامه ثبت پیشنهادي در حال اجرا می باشد، اطلاعات زیر تکمیل گردد:**
	1. **سابقه برنامه ثبت:**

* 1. **تعداد بیماران ثبت شده تا کنون:**

* 1. **تعداد گزارشات و مقالات به چاپ رسیده:**

* 1. **دلائل نیاز به حمایت معاونت تحقیقات و فناوري:**

1. **اصول محرمانگی، مالکیت و پروتکل انتشار داده ها:**

1. **ملاحظات اخلاقی:**

1. **مشکلات اجرایی در انجام ثبت و روش حل مشکلات:**

1. **فهرست منابعی که در بررسی متون استفاده شده است:**

1. **جدول حداقل متغیرهاي ضروري ثبت:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  مقیاس |  نحوه اندازه گیري |  تعریف علمی – عملی |  کیفی |  کمی |  نوع متغیر |  عنوان متغیر | فیدر  |
| هبتر يا  | یمسا  | هتسسگ  | هتسویپ  | هتسباو  | لقتسم  |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 1  |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 2  |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 3  |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 4  |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 5  |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 6  |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 7  |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 8  |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 9  |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 10  |

**نشانی پستی:** تهران، شهرك قدس (غرب)، بین فلامک و زرافشان، ستاد مرکزي وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت تحقیقات و فناوري، بلوك A، طبقه 15. **تلفن هاي تماس:** 8836356080.

 [http://www.hbi.ir](http://www.hbi.ir/) **:نشانی صفحه اینترنتی**

1. **جدول زمانی مراحل اجرا و پیشرفت کار ثبت:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | **زمان اجرا (ماه)**  |  |  |  |  | **ما****به****مدت****ل****طو****ه** | **ل****و****ئ****مس****د****فر** | **نوع فعالیت**  | **ف****ی****رد** |
|  ... |  11 |  10 |  9 |  8 |  7 |  6 |  5 |  4 |  3 |  2 |  1 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | **٭**  | **٭**  | **٭**  |   |   |   |  1 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |   |  2 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |   |  3 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |   |  4 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |   |  5 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |   |  6 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |   |  7 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |   |  8 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |   |  9 |

جمع کل:  ماه:

**نشانی پستی:** تهران، شهرك قدس (غرب)، بین فلامک و زرافشان، ستاد مرکزي وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت تحقیقات و فناوري، بلوك A، طبقه 15. **تلفن هاي تماس:** 8836356080. **نشانی صفحه اینترنتی:** [http://www.hbi.ir](http://www.hbi.ir/)

#  بخش چهارم: اطلاعات مربوط به هز ینههاي ثبت

1. **-هزینه کارمندي (پرسنلی) با ذکر مشخصات کامل و میزان اشتغال هر فرد و حق الزحمه آن ها :**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  جمع کل | کل رقم حق الزحمه براي یک نفر |  تعداد افراد |  رتبه علمی |  نام فرد یا افراد |  نوع فعالیت | فیدر  |
|  |  |  |  |  |  |  1 |
|  |  |  |  |  |  |  2 |
|  |  |  |  |  |  |  3 |
|  |  |  |  |  |  |  4 |
|  |  |  |  |  |  |  5 |
|  |  |  |  |  |  |  6 |
|   |   |   |   |   |    |  7 |
|   |   |   |   |   |    |  8 |

**نشانی پستی:** تهران، شهرك قدس (غرب)، بین فلامک و زرافشان، ستاد مرکزي وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت تحقیقات و فناوري، بلوك A، طبقه 15. **تلفن هاي تماس:** 8836356080. **نشانی صفحه اینترنتی:** [http://www.hbi.ir](http://www.hbi.ir/)

1. **-هزینه آزمایش ها وخدمات تخصصی که توسط دانشگاه و یا دیگر موسسات صورت می گیرد:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  جمع ( ریال ) |  هزینه براي هر دفعه آزمایش | تعداد کل دفعات آزمایش |  مرکز سرویس دهنده |  موضوع آزمایش یا خدمات تخصصی |
|   |   |   |   |    |
|   |   |   |   |    |
|   |   |   |   |    |
|   |   |   |   |    |
|   |   |   |   |    |
|  ***جمع هزینه هاي آزما یشها***  |  |  |  |

فهرست وسایل و موادي که باید از اعتبار این طرح از داخل یا خارج کشور خریداري شود:

1. **-وسایل غیرمصرفی:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  **قیمت کل** | قیمت واحد | تعداد لازم | شرکت فروشنده ایرانی | شرکت سازنده | کشورسازنده | نام دستگاه |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

1. **-موادمصرفی:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  **قیمت کل** | قیمت واحد | تعداد یا مقدار لازم | شرکت فروشنده ایرانی | شرکت سازنده | کشورسازنده | نام ماده |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**هزینه هاي دیگر**

|  |  |
| --- | --- |
|  ریال  | سایر موارد  |

**جمع هزینه هاي طرح :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ................................ ریال  | هزینه مسافرت  | ................................ ریال  | هزینه پرسنلی  |
| ................................ ریال  | هزینه هاي دیگر  | ................................ ریال  | هزینه آزمایش ها و خدمات تخصصی  |
| ............................... ریال  |   | ............................... ریال  | هزینه مواد و وسایل مصرفی  |
| ............................... ریال  | جمع کل  | ............................... ریال  | هزینه وسایل غیر مصرفی  |

**30- منابع تأمین هزینه ها:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ملاحظات  | میزان مشارکت  | نام موسسه یا سایر منابع تأمین مالی  | ردیف  |
|  |  |  |  1 |
|  |  |  |  2 |
|  |  |  |  3 |
|  |  |  |  4 |
|  |  |  |  5 |

مبلغی که از منابع دیگر کمک خواهد شد و نحوه مصرف آن : ………………………….ریال

باقیمانده هزینه هاي طرح که تامین آن از معاونت تحقیقات وزارت بهداشت درخواست می شود :

………………………….ریال

**بخش پنجم: ضمائم**

1. نمونه فرم ها و دستورالعمل هاي مورد استفاده در ثبت
2. رزومه علمی مسوول اصلی ثبت
3. فرم رضایت آگاهانه در برنامه ثبت
4. فهرست گزارشات و مقالات به چاپ رسیده از منابع داد ههاي برنامه ثبت در حال اجرا تا کنون
5. گواهی تأمین اعتبار توسط مرکز، دانشگاه و یا سایر نهادها و سازمان ها

1. Follow-up [↑](#footnote-ref-1)