|  |
| --- |
| لطفا در این قسمت چیزی ننویسید |
| **کد:**  |

**فرم اولیه طرح پیشنهادی ثبت بيماري­ها**

بهار 1397

|  |
| --- |
| **فرم اولیه طرح پیشنهادی ثبت بيماري ها** |
| 1 | **عنـوان برنامه ثبت ( فارسی)** |  |
| **عنـوان برنامه ثبت ( انگلیسی)** |  |
| 2 | **نوع ثبت:**  | بيماري یا عارضه مواجهه خاص خدمات بهداشتی درماني ساير پيامدهاي سلامت  |
| 3 | **تعداد بیماران که انتظار می­رود در سال در این برنامه ثبت شرکت کنند:** |  |
| 4 | **مسئول اصلی ثبت :** |  |
| 5 | **سازمان/ مرکز تحقیقاتي/ بیمارستان /گروه :** |  |
| 6 | **دانشگاه/دانشکده:** |  |
| 7 | **محيط کاری ثبت:** |  |
| 8 | **مدت زمان اجرا:** |  |
| 9 | **اسامي اعضاي کميته راهبردی ثبت:** |
| 1 |  | 6 |  |
| 2 |  | 7 |  |
| 3 |  | 8 |  |
| 4 |  | 9 |  |
| 5 |  | 10 |  |
| 10 | **اسامي کارشناسان ثبت:** |
| 1 |  | 3 |  |
| 2 |  | 4 |  |
| 11 | **خلاصه ضرورت اجرا و اهداف كاربردي ثبت:** |
|  |
| 12 | **خلاصه ساختار و روش اجـراي ثبت:** |
|  |
| 13 | **بررسی متون:** |
|  |
| 14 | **رفرنس:** |
|  |
| 15 | **منابع اطلاعاتی که داده‏های ثبت از آن‏ها جمع‏آوری می‏شود:** |
|  |
| 16 | **جمعیت هدف ثبت (از نظر جغرافیایی و با ذکر اینکه چند درصد از بیماران را پوشش می­دهد توضیح داده شود):****گستره جغرافیایی ثبت:** ملي درصد پوشش منطقه‏اي نام منطقه/مناطق: درصد پوشش  بيمارستاني نام بيمارستان/بيمارستان‏ها: درصد پوشش  |

|  |  |
| --- | --- |
| **17** | **اطلاعات مربوط به هزينه‏های ثبت** |

* **هزينه پرسنلي با ذكر مشخصات كامل و ميزان اشتغال هر فرد و حق الزحمه آن‏ها :**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **رديف** | **نوع فعاليت** | **نام فرد يا افراد** | **رتبه علمي** | **تعداد افراد** | **كل رقم حق الزحمه براي يك نفر** | **جمع كل** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |

* **هزينه آزمايش‏ها وخدمات تخصصي كه توسط دانشگاه و يا ديگر موسسات صورت مي‏گيرد:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **موضوع آزمايش يا خدمات تخصصي** | **مركز سرويس دهنده** | **تعداد كل دفعات آزمايش** | **هزينه براي هر دفعه آزمايش** | **جمع ( ريال )** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **جمع هزينه هاي آزمايش‏ها**  |

### ***فهرست وسايل و موادي كه بايد از اعتبار اين طرح از داخل يا خارج خريداري شود***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **نام دستگاه** | **كشورسازنده** | **شركت سازنده** | **شركت فروشنده**  | **تعداد**  | **قيمت واحد** | **قيمت كل** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

* **هزينه هاي ديگر**

|  |  |
| --- | --- |
| **ساير موارد** |  **ريال** |

* **جمع هزينه هاي طرح**

|  |
| --- |
| *الف-جمع هزينه هاي پرسنلي -- ريال* |
| *ب-جمع هزينه هاي آزمايشات وخدمات تخصصي -- ريال* |
| *پ-جمع هزينه هاي وسايل -- ريال* |
| *ث-جمع هزينه هاي ديگر -- ريال* |
| *ج-جمع كل -- ريال* |

**نام و نام خانوادگی و امضای**

 **مسئول اصلی ثبت**

*اين طرح پيشنهادي در جلسه مورخ تصویب گردید.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *امضاي**معاونت پژوهشي* |  | *امضای**معاونت درمان* |