 **شماره:**

**تاریخ:**

**فرم درخواست اولیه ثبت بيماري ها و پیامدهای سلامت**

**و طرح عنوان در کارگروه ثبت بیماری های دانشگاه**

**معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی بم**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **فرم درخواست اولیه ثبت بيماري ها و پیامدهای سلامت** | | | | | |
| 1 | **عنـوان برنامه ثبت:** | |  | | |
| 2 | **مسئول اصلی ثبت :** | |  | | |
| 3 | **سازمان/ مرکز تحقیقاتي/ بیمارستان /گروه :** | |  | | |
| 4 | **دانشگاه/دانشکده:** | |  | | |
| 5 | **محيط کاری ثبت:** | |  | | |
| 6 | **مدت زمان اجرا:** | |  | | |
| 7 | **اسامي اعضاي کميته راهبردی ثبت:** | | | | |
| 1 |  | | 6 |  |
| 2 |  | | 7 |  |
| 3 |  | | 8 |  |
| 4 |  | | 9 |  |
| 5 |  | | 10 |  |
| 8 | **اسامي کارشناسان ثبت:** | | | | |
| 1 |  | | 3 |  |
| 2 |  | | 4 |  |
| 9 | **خلاصه ضرورت اجرا و اهداف كاربردي ثبت:** | | | | |
| 10 | **خلاصه ساختار و روش اجـراي ثبت:** | | | | |
| 11 | **جمعیت هدف ثبت:** | | | | |
| 12 | **حجم نمونه سالیانه:** | | | | |
| 13 | **مکان های گردآوری نمونه:** | | | | |

**نام و نام خانوادگی و امضای**

**مسئول اصلی ثبت**