



کارگروه ثبت بیماری ها و پیامدهای سلامت
دانشگاه علوم پزشکی همدان

به نام خدا



دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی استان همدان
معاونت تحقیقات و فناوری

فرم درخواست راه اندازی نظام ثبت بیماری ها

دانشگاه علوم پزشکی همدان

کارگروه ثبت (رجیستری) بیماری ها

<u>عنوان برنامه ثبت:</u>
<u>نام و نام خانوادگی درخواست کننده (درخواست کنندگان):</u>
<u>نام مرکز تحقیقاتی / بیمارستان / گروه / سازمان درخواست کننده:</u>
<u>نام دانشگاه / دانشکده:</u>

آدرس: همدان - بلوار شهید فهمیده - ستاد دانشگاه علوم پزشکی همدان - معاونت تحقیقات و فناوری

تلفن: ۰۸۱-۳۱۳۱۴۰۵۸ نمایر: ۰۸۱-۳۱۳۱۴۰۴۶ ایمیل: Vice-Chancellor@umsha.ac.ir

بخش اول: شناسنامه ثبت		
۱	عنوان برنامه ثبت:	
۲	مسئول اصلی ثبت:	
۳	سازمان / مرکز تحقیقاتی / بیمارستان / گروه:	
۴	دانشگاه / دانشکده:	
۵	محیط کاری ثبت:	
۶	مدت زمان اجرا:	
۷	اسامی اعضای کمیته راهبردی ثبت:	
	۱	۶
	۲	۷
	۳	۸
	۴	۹
۸	اسامی کارشناسان ثبت:	
	۱	۳
۹	۲	
	۴	
۱۰	خلاصه ضرورت اجرا و اهداف کاربردی ثبت:	
۱۰	خلاصه ساختار و روش اجرای ثبت:	

--	--

بخش دوم: مشخصات مسئولین ثبت

بخش دوم: مشخصات مسئولین ثبت					
مسئول اصلی ثبت:					
		نام و نام خانوادگی			
		رتبه علمی			
		نشانی محل خدمت			
		تلفن محل خدمت			
		شماره تلفن همراه			
		پست الکترونیک			
ضروری است رزومه علمی مسئول اصلی ثبت به پیوست این فرم به معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی همدان ضمیمه گردد.					
مشخصات سایر اعضای کمیته راهبردی ثبت:					
ردیف	نام و نام خانوادگی	تخصص / درجه علمی	مسئولیت محول شده	آدرس و تلفن محل خدمت	امضا
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					
۶					
۷					
۸					
۹					

آدرس: همدان - بلوار شهید فهمیده - ستاد دانشگاه علوم پزشکی همدان - معاونت تحقیقات و فناوری

تلفن: ۰۸۱-۳۱۳۱۴۰۵۸ شماره: ۰۸۱-۳۱۳۱۴۰۴۶ ایمیل: Vice-Chancellor@umsha.ac.ir

					۱۰	
مشخصات کارشناسان ثبت:						
ردیف	نام و نام خانوادگی	تخصص / درجه علمی	دانشگاه/دانشکده/ مرکز/گروه محل خدمت	آدرس و تلفن محل خدمت	امضا	۳
۱						
۲						
۳						
۴						

بخش سوم: مشخصات کامل ثبت				
۱	عنوان ثبت به فارسی:			
۲	عنوان ثبت به انگلیسی:			
نوع ثبت:				
۳	بیماری یا عارضه <input type="checkbox"/>	مواجهه خاص <input type="checkbox"/>	خدمات بهداشتی درمانی <input type="checkbox"/>	سایر پیامدهای سلامت <input type="checkbox"/>
توضیحات:				
گستره جغرافیایی ثبت:				
۴	ملی <input type="checkbox"/>	منطقه ای <input type="checkbox"/>	بیمارستانی <input type="checkbox"/>	
توضیحات:				
۵	اهداف اصلی ثبت:			
۶	اهداف فرعی ثبت:			
۷	تعریف بیماری (یا رویداد بهداشتی) اصلی مورد ثبت :			
۸	جمعیت هدف ثبت:			

معیارهای ورود و خروج (Exclusion and Inclusion Criteria):	۹
حجم نمونه و روش نمونه گیری (Sampling):	۱۰
منابع اطلاعاتی که داده‌های ثبت از آن‌ها جمع‌آوری می‌شود:	۱۱
روش بیماریابی:	۱۲
نحوه پیگیری بیماران:	۱۳
بیان مسئله و ضرورت اجرای ثبت:	۱۴
بررسی متون، سابقه ثبت و نمونه ثبت‌های موفق در سایر کشورهای دنیا:	۱۵



روش اجراء ثبت، جمع آوری و تجزیه تحلیل و ارزیابی کیفیت اطلاعات:	۱۶
مشخصات ابزار جمع آوری اطلاعات و نحوه جمع آوری آن:	۱۷
فلوجارت ساختار مدیریتی ثبت:	۱۸

۱۹- جدول حداقل متغیرهای ضروری ثبت:

ردیف	عنوان متغیر	نوع متغیر		کمی		کیفی		تعریف علمی - عملی	نحوه اندازه گیری	مقیاس
		مستقل	وابسته	پیموده	گسسته	اسمی	رتبه‌ای			
۱										
۲										
۳										
۴										
۵										
۶										
۷										
۸										

آدرس: همدان - بلوار شهید فهمیده - دانشگاه علوم پزشکی همدان - معاونت تحقیقات و فناوری

تلفن: ۰۸۱-۳۸۳۸۰۷۱۷ نمابر: ۰۸۱-۳۸۳۸۰۱۳۰ ایمیل: Vice-Chancellor@umsha.ac.ir

جدول زمانی مراحل اجرا و پیشرفت کار ثبت:													۲۰		
زمان اجرا (ماه)											طول مدت به ماه	فرد مسئول	نوع فعالیت	ردیف	
...	۱۱	۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲					۱
															۱
															۲
															۳
															۴
															۵
															۶
															۷
															۸
															۹

ماه:

جمع کل:

آدرس: همدان - بلوار شهید فهمیده - دانشگاه علوم پزشکی همدان - معاونت تحقیقات و فناوری

تلفن: ۰۸۱-۳۸۳۸۰۷۱۷ نمابر: ۰۸۱-۳۸۳۸۰۱۳۰ ایمیل: Vice-Chancellor@umsha.ac.ir

بخش چهارم: اطلاعات مربوط به هزینه‌های ثبت

هزینه کارمندی (پرسنلی) با ذکر مشخصات کامل و میزان اشتغال هر فرد و حق الزحمه آن‌ها:						۱
جمع کل	کل رقم حق الزحمه برای سال اول	تعداد افراد	رتبه علمی	نام فرد یا افراد	نوع فعالیت	ردیف
						۱
						۲
						۳
						۴
						۵
						۶
						۷
						۸

هزینه آزمایش‌ها و خدمات تخصصی که توسط دانشگاه و یا دیگر موسسات صورت می‌گیرد:					۲
موضوع آزمایش یا خدمات تخصصی	مرکز سرویس دهنده	تعداد کل دفعات آزمایش	هزینه برای هر دفعه آزمایش	جمل (ریال)	

فهرست وسایل و موادی که باید از اعتبار این طرح از داخل یا خارج کشور خریداری شود:

۳ وسایل غیرمصرفی:

نام دستگاه	کشور سازنده	شرکت سازنده	شرکت فروشنده ایرانی	تعداد لازم	قیمت واحد	قیمت کل

۴ مواد مصرفی:

نام ماده	کشور سازنده	شرکت سازنده	شرکت فروشنده ایرانی	تعداد یا مقدار لازم	قیمت واحد	قیمت کل

هزینه های دیگر:
سایر موارد:
سایر هزینه ها:

جمع هزینه های طرح :			
ریال		ریال	هزینه پرسنلی
		ریال	هزینه آزمایشها و خدمات تخصصی
		ریال	هزینه مواد و وسایل مصرفی
	جمع کل	ریال	هزینه وسایل غیر مصرفی

منابع تأمین هزینه ها:			
ردیف	نام موسسه یا سایر منابع تأمین مالی	میزان مشارکت	ملاحظات
۱			
۲			
۳			
۴			
۵			



کارگروه نیت بیماری ها و پیامدهای سلامت
دانشگاه علوم پزشکی همدان



دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی استان همدان
معاونت تحقیقات و فناوری

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

ریال

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

ریال

بخش پنجم: ضمائم	
نمونه فرم‌ها و دستورالعمل‌های مورد استفاده در ثبت	۱
رزومه علمی مسوول اصلی ثبت	۲
فرم رضایت آگاهانه در برنامه ثبت	۳
گواهی تأمین اعتبار توسط مرکز، دانشگاه و یا سایر نهادها و سازمان‌ها	۴