

**فرم پیشنهاد طرح پژوهشی و پایان‌نامه کلینیک**

**فرم درخواست خود را پس از تکمیل با پیوست پروپوزال پژوهشی، کارت ملی و کارت دانشجویی به ایمیل research.bcclinic@gmail.com زیر ارسال نمایید. در صورت نیاز به اطلاعات بیشتر با شماره‌ی ۰۲۱۸۸۸۰۲۰۶۳ در تماس باشید.**

**پس از پذیرش درخواست شما، داشتن کد اخلاق طرح برای شروع پروژه الزامی است.**

1. **اطلاعات طرح پژوهشی و یا پایان‌نامه**

عنوان طرح به فارسی:

عنوان طرح به انگلیسی:

نام دانشگاه/موسسه/ مرکز تحقیقاتی:

مدت اجرای طرح (به ماه):

تاریخ پیشنهادی شروع طرح:

1. **مشخصات مجری:**

|  |  |
| --- | --- |
| نام و نام خانوادگی: | پست الکترونیک: |
| تلفن ثابت: | تلفن همراه: |
| کد ملی :  |  |
| آدرس منزل: |
| آدرس محل کار: |

1. **سوابق تحصیلی مجری**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **مدرک تحصیلی** | **رشته تخصصی** | **دانشگاه** | **سال اخذ** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **جدول زمانبندی اجرای طرح**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ردیف | عنوان مرحله  | ماه اول | ماه دوم | ماه سوم | ماه چهارم | ماه پنجم | ماه ششم | ماه هفتم | ماه هشتم |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. **درخواست مجری از واحد پژوهش**

|  |  |
| --- | --- |
| **عنوان درخواست** | **توضیحات** |
| ثبت سیگنال مغزی- تهیۀ نقشه مغزی |  |
| ثبت ردیابی چشمی به همراه آنالیز داده‌های ردیابی |  |
| تحریک الکتریکی مغز |  |
| تحریک الکتریکی چندکاناله به همراه ثبت سیگنال مغزی |  |
| تحریک الکتریکی به همراه تمرینات شناختی |  |
| Virtual Reality |  |
| تمرینات شناختی و توانبخشی شناختی |  |
| بویایی سنجی  |  |
| fnirs |  |
| ارزیابی‌های نوروسایکولوژیک و سایکولوژیک |  |
| تحریک مغناطیسی مغز |  |
| آزمودنی |  |
| فضای تحقیق در کلینیک |  |
| مشاوره پژوهشی  |  |

1. **مشخصات آزمودنی‌ها**

|  |  |
| --- | --- |
| تعداد آزمودنی‌ها |  |
| تعداد گروه‌های آزمایشی |  |
| سالم و یا بیمار بودن آزمودنی‌ها |  |
| گروه سنی آزمودنی‌ها |  |
| زمان حدودی انجام آزمون برای هر آزمودنی |  |

1. آیا پروژه نیاز به طراحی تسک دارد؟
2. آیا پروژه نیاز به آموزش اولیه دارد؟

تاریخ

نام و امضاء درخواست‌کننده