



دانشگاه علوم پزشکی مشهد فرم درخواست راهاندازی نظام ثبت بیماریها



فرم درخواست راهاندازی نظام ثبت بیماریها

دانشگاه علوم پزشکی مشهد
کارگروه رجیستری بیماری ها

عنوان برنامه ثبت: طراحی و راه اندازی نظام ثبت بیماران مبتلا به لیکن دهانی مراجعہ کننده به دانشکده دندانپزشکی مشهد
عنوان ثبت به انگلیسی: Registration of demographic and clinical characteristics of patients with oral lichen planus referring to Mashhad Dental School

نام و نام خانوادگی مجری طرف قرارداد: آلا قاضی

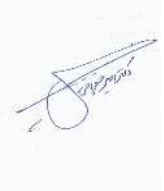
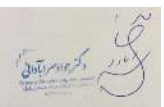
تهیه شده براساس :

فرم درخواست راه اندازی نظام ثبت بیماری های وزارت بهداشت

نشانی پستی: مشهد مقدس، خیابان دانشگاه، ساختمان قریشی - معاونت پژوهش و فناوری دانشگاه علوم پزشکی مشهد.
شماره تماس: ۰۵۱-۳۸۴۱۱۵۳۸ شماره نمابر: ۰۲۴۹+۳۸۴۳۰۵۱ پست الکترونیک: vcresearch@mums.ac.ir

بخش اول: شناسنامه و مشخصات مسوولین ثبت

۱	محل اجرا				
۲	مدت زمان اجرا: ۲۴ ماه				
۳	مشخصات سایر اعضا:				
ردیف	نام و نام خانوادگی	تخصص/درجه علمی	نوع همکاری	نحوه همکاری در اجرای طرح	امضا
۱	زهرا دلاوریان	بیماریهای دهان / دندانپزشک متخصص	همکاری در اجرای طرح	همکاری در اجرای طرح	
۲	آتس سا پاک فطرت	بیماریهای دهان / دندانپزشک متخصص	همکاری در اجرای طرح	همکاری در اجرای طرح	

۳	مریم امیرچقماقی	بیماریهای دهان / دندانپزشک متخصص	همکاری در اجرای طرح	همکاری در اجرای طرح	
۴	زهره دلیرثانی	بیماریهای دهان / دندانپزشک متخصص	همکاری در اجرای طرح	همکاری در اجرای طرح	
۵	جواد سرآبادانی	بیماریهای دهان / دندانپزشک متخصص	همکاری در اجرای طرح	همکاری در اجرای طرح	
۶	سمانه سالاری	بیماریهای دهان / دندانپزشک متخصص	همکاری در اجرای طرح	همکاری در اجرای طرح	
۷	لیلا فرهاد ملاشاهی	بیماریهای دهان / دندانپزشک متخصص	همکاری در اجرای طرح	همکاری در اجرای طرح	
۸	محمدتقی شاکری	آمار زیستی / دکترا (Ph.D)	مشاور آمار / متدولوژیست	آنالیز آماری	

بخش دوم: مشخصات کامل ثبت

۳	نوع ثبت: بیماری یا عارضه
۴	گستره جغرافیایی ثبت: بیمارستانی
۵	اهداف اصلی ثبت: ثبت مشخصات دموگرافیک و خصوصیات بالینی بیماران مبتلا به لیکن پلان دهانی مراجعه کننده به دانشکده دندانپزشکی مشهد
۶	تعریف بیماری: (یا رویداد بهداشتی) لیکن پلان یک بیماری التهابی مزمن پوستی مخاطی است که اغلب مخاط دهان را درگیر می کند.
۷	معیارهای ورود: بیمارانی که تشخیص لیکن پلان دهانی آنها طبق یافته‌های بالینی یا پاتولوژی قطعی شده باشد
۸	معیارهای خروج: تشخیص و اکتشهای لیکنوئیدی برای بیمار داده شده باشد
۹	حجم نمونه: تعداد حدود ۶۰۰ بیمار در بخش بیماری های دهان دارای پرونده می باشند که به صورت ماهانه و یا هفتگی فالوآپ می شوند و در هر بار فالوآپ کلیه اطلاعات مربوط به مشخصات ضایعه ، نتیجه درمان و .. ثبت می شود (بر اساس متوسط تعداد بیماران در سال) به طور متوسط حداقل ۲۰۰ بیمار ماهانه

فالوپ می شوند. و سالانه به طور متوسط حداقل بین ۵۰ تا ۱۰۰ بیمار دارای لیکن پلان دهانی تازه تشخیص داده شده به این تعداد اضافه می شود

ثبت اطلاعات هر پرونده توسط کارشناس حداقل ۳۰ دقیقه زمان می برد

۱۰ **تعداد دفعات پیگیری بیماران در سال:**

۱۱ **بررسی متون، بیان مسئله و ضرورت اجرای ثبت:**

بیان مسئله و ضرورت اجرای ثبت:

لیکن پلان یک بیماری التهابی مزمن پوستی مخاطی با اتیولوژی ناشناخته است که با پاسخ مزمن ایمنی به واسطه سلول T ایجاد میشود. است که اغلب مخاط دهان را درگیر می کند. لیکن پلان دهانی (OLP) بین بالغین (دهه ۳ تا ۶) شایع تر است و افراد مونث را به نسبت ۲ به ۱ بیشتر از افراد مذکر گرفتار می کند؛ به عبارتی در میان بانوان ۵۰-۵۵ سال بیشترین شیوع را دارد.

در OLP ضایعات سفیدرنگ، دوطرفه و گاهی همراه بازخم درمخاط دهان ایجاد می شود. OLP دارای اشکال بالینی مختلفی از جمله رتیکولر، پاپولر، پلاک مانند، بولوز، اروزیو و زخمی می باشد

شیوع متفاوتی برای OLP گزارش شده است، اما به نظر می رسد شیوع بین ۵/۰٪ تا ۲٪ در جمعیت های مختلف باشد. ضایعات دهانی در حدود ۵۰ تا ۶۰ درصد از بیماران LP رخ می دهد. برعکس، ضایعات جلدی در ۱۵-۱۰٪ از افراد مبتلا به OLP مشاهده می شود. نسبت درگیری زنان به مردان ۲:۳ است. این عارضه معمولاً در افراد مسن تر از ۴۰ سال رخ می دهد و به ندرت در کودکان رخ می دهد.

طبق مطالعه T.Nosratzahi در سال ۲۰۱۸ که در ایران انجام شد، شیوع لیکن پلان دهانی بین ۲ تا ۵ درصد گزارش شد و بروز آن در دهه سنی ۴ و ۵ بیشتر بود. در مطالعه بیست ساله شیرانی و همکاران در ایران (۱۳۶۷-۱۳۸۷) شیوع لیکن پلان دهانی ۶۵/۳ درصد گزارش شد. این بیماری در زنان بیشتر از مردان بوده و در بچه ها به ندرت دیده میشود (۱۰). در مطالعه پاک فطرت و همکاران در زمینه یافته های ۵ ساله اپیدمیولوژیک و بالینی بیماران مبتلا به OLP در مراجعین به بخش بیماریهای دهان دانشکده دندانپزشکی مشهد - ایران در سال ۸۷، شیوع این بیماری ۲/۱۸ درصد برآورد گردید.

نخستین بار سازمان جهانی بهداشت (WHO) در سال ۲۰۰۵، لیکن پلان دهانی را به عنوان یک شرایط دارای خطر بدخیمی طبقه بندی کرد. خطر بدخیمی لیکن پلان دهانی در مطالعات مختلف بین ۴۴/۰ تا ۱۰۴٪ گزارش شده است. در بسیاری از مقالات نوع اروزیو و آتروفیک را دارای بیشترین خطر بدخیمی میدانند. هرچند در یک مطالعه متاآنالیز بیان شد که خطر تبدیل به بدخیمی در تمامی انواع لیکن پلان دهانی به یک اندازه وجود دارد و فالوآپهای دوره های و مرتب برای کنترل بیماری حتما نیاز میباشد.

بنابراین به دلیل تمایل به بدخیمی این ضایعه و مخاطرات ناشی از این تغییرات، شیوع بالا در ایران، مشخص نشدن علت در اکثر مواقع، مقاومت به درمان ضایعات دهانی، سیر مزمن و آزاردهنده آن، ایجاد علایمی مانند درد، سوزش و ناتوانی در خوردن غذا و تاثیر بر کیفیت

زندگی و ایجاد استرس و نگرانی در برخی از بیماران، همچنین همراهی با برخی از بیماریهای اتوایمیون، نیاز به ثبت این بیماران، بررسی خصوصیات دموگرافیک و بالینی بیماران و انجام پژوهشهای بیشتر در زمینه عوامل خطر ایجادکننده به خصوص آنهایی که کمتر مورد بررسی قرار گرفته اند، میباشد که تحقیق حاضر بر این مبنا شکل گرفته است

بررسی متون و سابقه اجرای ثبت:

سابقه ثبت بیماران لیکن پلان تاکنون گزارش نشده است

۱. P.Bonar-Avareز و همکاران در سال ۲۰۱۹، به بررسی ارتباط ویژگیهای هیستوپاتولوژیک و یافتههای بالینی و تظاهر لیکن پلان دهانی در اسپانیا پرداختند. در این مطالعه ۵۹ بیمار مراجعه کننده به دیارتمان پاتولوژی دانشکده Santiago de Compostela که تشخیص قطعی لیکن پلان دهانی داشتند مورد بررسی قرار گرفتند. سن، جنس، محل ضایعه، نمای بالینی، عادات دهانی، و درمانهای همزمان بیماران مورد بررسی قرار گرفتند. میانگین سنی افراد مورد مطالعه ۵۷ سال بود. تعداد زنان تقریباً ۵/۱ برابر مردان بود. شایعترین محل درگیری نیز مخاط باکال بود. در نمای هیستوپاتولوژی، پاسخ اپیتلیال، وجود زخم، شدت و میزان ارتشاح سلولهای التهابی مورد بررسی قرار گرفتند. بیمارانی که تحت درمان دارویی به دلیل بیماری سیستمیک بودند بیشتر نمای آتروفیک-اروزیو را نشان دادند. سلولهای پلازما در ضایعاتی که درگیری عمیقتری داشتند بیشتر مشاهده شد؛ همچنین حضور آنها با نمای بالینی اروزیو-آتروفیک بیشتر بود(۱).

۲. در مطالعه kaomonkolgit و همکاران در سال ۲۰۱۹ که بر روی ۱۰۲ بیمار مبتلا به لیکن پلان درتایلند انجام شد، تنها ۲ بیمار لیکن پلان دهانی علایم خارج دهانی داشتند و در این مطالعه نوع آتروفیک شایعترین نمای بالینی بود. همچنین ۷۶ بیمار تاریخچه بیماری سیستمیک گزارش کردند که شایعترین بیماری سیستمیک پرفشاری خون گزارش گردید (۲).

۳. در مطالعه Chen و همکاران در سال ۲۰۱۸ که بر روی نمونه های لیکن پلان دهانی در تایوان انجام شده است نشان داده شد که شیوع لیکن پلان دهانی در تایوان در طی ۱۸ سال اخیر بطورمعناداری افزایش یافته است و همچنین میانگین سنی افراد مبتلا به لیکن پلان دهانی نیز در جامعه مورد مطالعه رو به افزایش بوده است. در این مطالعه لیکن پلان دهانی درخانم ها شایعتر از مردان بود(۳).

۴. D.Lauritano و همکاران در سال ۲۰۱۶ به توصیف ویژگیهای بالینی و شیوع OLP در گروهی از بیماران در جنوب ایتالیا پرداختند. ۸۷ بیمار (۳۱ مرد و ۵۶ زن) مورد بررسی قرار گرفتند و اطلاعات دموگرافیک و دادههای کلینیکی مثل نوع درگیری، محل درگیری و ... بررسی شد. میانگین سنی درگیری ۲/۵۹ OLP سال بود. بیشترین تظاهر بالینی نوع hyperkeratotic بود. لیکن پلان دهانی علامتدار در ۸/۲۶٪ از بیماران مشاهده شد. بیشترین نواحی درگیر مخاط باکال، زبان و لثهها بودند. بیشترین بیماریهای سیستمیک بین بیماران، دیابت، فشار خون بالا و هیپاتیت C بود. بدخیمی تنها در یک بیمار دیده شد. محققین بیان کردند که نتایج این مطالعه با مطالعات گذشته تطابق دارد و تفاوتها در مشاهدات به علت تفاوت در جمعیت و تعداد بیماران لیکن پلان مورد بررسی میباشد (۴).

۵. S.Varghese و همکاران در سال ۲۰۱۶ به بررسی اپیدمیولوژی بیماری OLP در جنوب هندوستان پرداختند. در این مطالعه اطلاعات ۲۹۶۰۶ بیمار که به دانشکده دندانپزشکی Kerala مراجعه کرده بودند مورد بررسی قرار گرفتند. در بین بیماران مبتلا به OLP، نوع بیماری، تعداد و محل ضایعات، تظاهر کلینیکی، سن و جنس بیمار، مدت زمان بیماری، عادات و بیماری سیستمیک زمینهای مورد بررسی قرار گرفتند. از بین ۱۲۲ بیمار مبتلا به لیکن پلان دهانی، شیوع این بیماری در زنان بیشتر از مردان بود (۷۹ نفر زن و ۴۳ نفر مرد). نوع رتیکولر شایعترین نوع قابل مشاهده بود. درگیری دو طرفه مخاط باکال بیشتر از سایر نواحی دیده شد (۵).

۶. V.Radochova و همکاران در سال ۲۰۱۴، به بررسی ویژگیهای بالینی و اپیدمیولوژیک گروهی از بیماران مبتلا به لیکن پلان در جمهوری چک پرداختند. در این مطالعه ۱۷۱ بیمار با تشخیص قطعی لیکن پلان دهانی مورد بررسی قرار گرفتند. از بین ۱۷۱ بیمار، ۱۱۶ نفر (۸/۶۷٪) مونث و ۵۵ نفر مذکر (۲/۳۲٪) بودند. میانگین سنی ۲/۵۵ سال بود. نوع رتیکولر شایعترین نوع (۶/۹۳٪) قابل مشاهده بود. مخاط باکال بیشترین درگیری را داشت. در ۵۲ نفر ضایعات بدون علامت بودند. در پایان محققین نتیجه گرفتند ویژگیهای بالینی در این مطالعه مشابه سایر مطالعات بوده است (۶).

۷. B.Gumru در سال ۲۰۱۳ به بررسی اطلاعات دموگرافیک و ویژگیهای بالینی بیماران مبتلا به لیکن پلان دهانی در ترکیه پرداختند. در این مطالعه پرونده ۳۷۰ بیمار مراجعه کننده به دانشکده دندانپزشکی استانبول مورد بررسی قرار گرفت. از بین ۳۷۰ بیمار، ۲۶۰ نفر مونث (۳/۷۰٪) و ۱۱۰ نفر مذکر (۷/۲۹٪) بودند. میانگین سنی ۸۴/۴۹ سال بود. ضایعات در ۶۳ بیمار (۱۷٪) بدون علامت بودند. حدود نصف بیماران (۶/۴۷٪) چندین محل درگیری داشتند. ۶/۴۸٪ از بیماران تحت درمان استروئید موضعی قرار داشتند و تنها ۱٪ از آنها با کورتون سیستمیک درمان شدند. هیچ ارتباطی بین مصرف الکل و تنباکو و لیکن پلان دهانی دیده نشد. در پایان محققین نتیجه گرفتند که ویژگیهای بالینی بیماران مبتلا به لیکن پلان دهانی در ترکیه مشابه سایر جمعیتها میباشد. همچنین با توجه به الگوی مراجعه، بسیاری از درمانگران اطلاعات کمی در مورد لیکن پلان دهانی دارند (۷).

۸. A.Munde و همکاران در سال ۲۰۱۳ به بررسی ویژگیهای اپیدمیولوژیک و بالینی بیماران مبتلا به لیکن پلان دهانی در هند پرداختند. در این مطالعه ۱۲۸ بیمار مبتلا به لیکن پلان دهانی مورد بررسی قرار گرفتند. در این مطالعه نسبت مرد به زن برابر ۶۱/۱ به ۱ بود. بیشترین محل درگیری، مخاط باکال بود (۲۰/۸۸٪). لیکن پلان کراتوتیک در ۵۹/۸۳٪ از بیماران و لیکن پلان آتروفیک/اروزیو در ۴۰/۱۶٪ از بیماران مشاهده شد. شایعترین نمای قابل مشاهده نوع رتیکولر (۵/۸۳٪)، اروزیو (۶/۱۵٪) و آتروفیک (۷۸/۰٪) بود. بیشترین بیماری سیستمیک فشار خون (۱۱٪)، دیابت (۴/۲٪) و هایپوتیروئیدسم (۷۸/۰٪) گزارش شد (۸).

۹. S.Tovaru و همکاران در سال ۲۰۱۳، به بررسی ویژگیهای بالینی لیکن پلان دهانی در ۶۳۳ بیمار در رومانی پرداختند. جنسیت، سن، تظاهر بالینی، محل درگیری، وجود بیماری زمینهای و تاریخچه دارویی مورد بررسی قرار گرفتند. بیشتر بیماران (۷۶/۷۸٪) آنها مونث و میانگین سن درگیری ۵۲ سال بود. نوع کراتوتیک بیماری در ۹۷/۴۸٪ از بیماران دیده شد. تست سرولوژی هیپاتیت C در

۶/۹٪ از بیماران مثبت شد. در شش نفر از بیماران بدخیمی دیده شد. بیشترین درگیری به صورت دو طرفه در مخاط باکال دیده شد (۹).

۱۰. E.Castelles و همکاران در سال ۲۰۱۰ به بررسی ویژگیهای بالینی بیماران مبتلا به لیکن پلان دهانی پرداختند. در این مطالعه ویژگیهای بالینی ۶۵ بیمار مبتلا به لیکن پلان دهانی در اسپانیا بررسی شد. میانگین سنی در بین بیماران برابر ۵۹ سال بود. ۶۱٪ از بیماران زن بودند. بیشترین محل درگیری مخاط باکال بود (۸/۹۰٪). بیماران مبتلا به دیابت بیشتر ضایعات قرمز را در دهان خود داشتند (۱۰).

۱۱. M.Oliveira Alves و همکاران در سال ۲۰۱۰، به بررسی وضعیت بالینی ۱۱۰ بیمار مبتلا به لیکن پلان دهانی در برزیل پرداختند. سن، جنس، بیماری زمینه‌ای، محل درگیری، تظاهر بالینی، مصرف سیگار و نوشیدنیهای الکلی در بیماران بررسی شد. ۳۶/۷۶٪ از مبتلایان بیماران مونث بودند و میانگین سنی درگیری ۵۴ سال بود. نمای رتیکولر در ۸۱/۸۱٪ از بیماران دیده شد. بیشترین محل درگیری مخاط باکال (۷۲/۹۲٪) بود. در بین بیماران، ۱۸/۱۸٪ مصرف سیگار و ۹/۲۹٪ مصرف الکل را گزارش کردند (۱۱).

۱۲. در مطالعه دکتر پاک فطرت و همکاران در سال ۲۰۰۹ بر روی بیماران مبتلا لیکن پلان، از ۲۳۷۹ بیمار مراجعه کننده به دانشکده دندان پزشکی مشهد، ۴۲۰ نفر (۲/۱۸ درصد) مبتلا به لیکن پلان بودند که میانگین سنی بیماران ۱۶/۴۱ بود که ۹/۶۴ درصد از بیماران مونث و ۳۵/۱ درصد مذکر بودند. در ۸۵/۲ درصد بیماران، گونه، شایعترین ناحیه درگیر شناخته شد. نمای رتیکولر شایع ترین الگوی درگیر در مبتلایان بود (۷۶/۹ درصد). ۱۵/۵ درصد از مبتلایان نیز درگیری پوستی لیکن پلان داشتند (۱۲).

۱۳. در مطالعه دکتر امیرچقماقی، دکتر قاضی و همکاران در سال ۲۰۲۱ پرونده ۵۰۴ بیمار مبتلا به لیکن پلان دهانی مورد بررسی قرار گرفت. تعداد زنان ۳/۶۸٪ و مردان ۷/۳۱٪ با میانگین سنی 50.10 ± 99 سال بود. ۵۱/۴٪ از بیماران مبتلا به بیماریهای سیستمیک بودند و شایعترین بیماری سیستمیک پر فشاری خون با شیوع ۱۱۶ نفر بود. بیشترین محل درگیری در مخاط گونه با فراوانی ۱/۸۴٪ و بیشترین شکایت بیماران مربوط به سوزش با فراوانی ۵/۵۹٪ بود. شایعترین نمای بالینی، نمای آتروفیک با شیوع ۰/۶۶۸٪ مشاهده شد. ۲۰٪ از بیماران بیوپسی داشتند و در ۶/۴٪ از آنان دیسپلازی مشاهده شد (۱۳).

روش اجراء ثبت، جمعآوری و تجزیه تحلیل و ارزیابی کیفیت اطلاعات:

این مطالعه با استفاده از اطلاعات بیماران مبتلا به لیکن پلان دهانی مراجعه کننده به بخش بیماری های دهان، فک و صورت دانشکده دندانپزشکی مشهد انجام می شود. جمع اوری داده ها با تکمیل چک لیست مربوطه انجام شده و اطلاعات موردنظر شامل سن،جنس، تحصیلات، محل سکونت، محل ضایعه ونوع ضایعه (رتیکولر، پاپولر، پلاک مانند، آتروفیک، اروزو و بولوز) شکایت اصلی بیمار، الگوی ارجاع وفاصله زمانی بین شروع علایم و تاریخ مراجعه به دانشکده و برای بیماران در سامانه ثبت می شود.

مشخصات ابزار جمعآوری اطلاعات و نحوه جمعآوری آن: چک لیست

۱۴ **مشکلات اجرایی در انجام ثبت و روش حل مشکلات:** نیاز به کارشناس مسلط و لب تاپ با حجم و سرعت مناسب جهت ثبت اطلاعات

فهرست منابعی که در بررسی متون استفاده شده است:

- Boñar-Alvarez P, Sayáns MP, Garcia-Garcia A, Chamorro-Petronacci C, Gándara-Vila P, Luces-González R, et al. Correlation .between clinical and pathological features of oral lichen planus: A retrospective observational study. *Medicine*. 2019;98(8)
- Kaomongkolgit R, Daroonpan P, Tantanapornkul W, Palasuk J. Clinical profile of 102 patients with oral lichen planus .2 .in Thailand. *Journal of clinical and experimental dentistry*. 2019;11(7):e625
- Chen Y-T, Wang Y-H, Yu H-C, Yu C-H, Chang Y-C. Time trend in the prevalence of oral lichen planus based on .3 .Taiwanese National Health Insurance Research Database 1996–2013. *Journal of Dental Sciences*. 2018;13(3):274-80
- Lauritano D, Arrica M, Lucchese A, Valente M, Pannone G, Lajolo C, et al. Oral lichen planus clinical characteristics .4 .in Italian patients: a retrospective analysis. *Head & face medicine*. 2016;12(1):1-6
- Varghese SS, George GB, Sarojini SB, Vinod S, Mathew P, Mathew DG, et al. Epidemiology of oral lichen planus in a .5 .cohort of south indian population: a retrospective study. *Journal of cancer prevention*. 2016;21(1):55
- Radochová V, Dřízhal I, Slezák R. A retrospective study of 171 patients with oral lichen planus in the East Bohemia - .6 .Czech Republic - single center experience. *J Clin Exp Dent*. 2014;6(5):e556-61
- Gümrü B. A retrospective study of 370 patients with oral lichen planus in Turkey. *Medicina oral, patologia oral y .7 .cirugia bucal*. 2013;18(3):e427
- Munde AD, Karle RR, Wankhede PK, Shaikh SS, Kulkurni M. Demographic and clinical profile of oral lichen planus: .8 .A retrospective study. *Contemp Clin Dent*. 2013;4(2):181-5
- Tovaru S, Parlatescu I, Gheorghe C, Tovaru M, Costache M, Sardella A. Oral lichen planus: a retrospective study of .9 .633 patients from Bucharest, Romania. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2013;18(2):e201-6
- Torrente-Castells E, Figueiredo R, Berini-Aytés L, Gay-Escoda C. Clinical features of oral lichen planus. A .10 .retrospective study of 65 cases. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2010;15(5):e685-90
- Oliveira Alves MG, Almeida JD, Balducci I, Guimarães Cabral LA. Oral lichen planus: A retrospective study of 110 .11 .Brazilian patients. *BMC Res Notes*. 2010;3:157
- Pakfetrat A, Javadzadeh-Bolouri A, Basir-Shabestari S, Falaki F. Oral Lichen Planus: a retrospective study of 420 Iranian .12 .patients. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2009 Jul 1;14(7):E315-8. PMID: 19300365

بستر اجرای مطالعه و مکانهای جمع آوری اطلاعات:

۱۶

بخش بیماری های دهان، فک و صورت دانشکده دندانپزشکی مشهد

بخش سوم: اطلاعات مربوط به هزینههای ثبت

جدول تفکیکی بودجه طرح (پیش از تکمیل جداول، آیین نامه نحوه تدوین و پذیرش بودجههای پیشنهادی در طرح های پژوهشی را در آدرس <http://v-research.mums.ac.ir/index.php/modiriat/rules> مطالعه فرمایید)

نوع هزینه	مبلغ کل (ریال)	مبلغ درخواستی از معاونت پژوهشی (ریال)	مبلغ مشارکت (ریال)
خرید خدمت (پرسنلی)	۴۴۰,۰۰۰,۰۰۰	۴۴۰,۰۰۰,۰۰۰	
خرید خدمت و آزمایشات	*	*	
خرید دستگاه و تجهیزات غیرمصرفی	*	*	
خرید لوازم و مواد مصرفی	*	*	
سایر هزینه ها	*	*	
جمع	۴۴۰,۰۰۰,۰۰۰	۴۴۰,۰۰۰,۰۰۰	

خرید خدمت (پرسنلی)

نوع فعالیت	مرتبه علمی (کاردان ...)	ساعات لازم	هزینه هرساعت (ریال)	جمع (ریال)
ثبت اطلاعات	کارشناسی	۱۱۰۰۰	۴۰۰,۰۰۰	۴۴۰,۰۰۰,۰۰۰

هزینه آزمایشات و خدمات تخصصی

موضوع آزمایش یا خدمات تخصصی	تعداد دفعات	هزینه هر دفعه (ریال)	جمع (ریال)
-----------------------------	-------------	----------------------	------------

فهرست وسایل و مواد مورد نیاز

نام دستگاه یا مواد	مصرفی / غیرمصرفی	واحد وسیله	تعداد	قیمت واحد (ریال)	جمع (ریال)
--------------------	------------------	------------	-------	------------------	------------

سایر هزینه ها (تایپ، تکثیر، پذیرایی، هدایا، مسافرت و

موضوع هزینه	تعداد	هزینه هر دفعه / واحد / نوبت (ریال)	جمع (ریال)
-------------	-------	------------------------------------	------------

بخش چهارم: ضامائم۱ **رزومه علمی مسوول اصلی ثبت**۲ **فرم رضایت آگاهانه جهت استفاده اطلاعات در برنامه ثبت و یا نامه کمیته اخلاق در صورت لزوم**۳ **فرم اولیه مینیمم دیتا ست (پرسشنامه)**

۴	فرم تکمیل شده صورت جلسه گروه با امضای اعضای کمیته راهبردی و مدیر گروه
۵	تفاهم نامه انتشار و اشتراک گذاری داده های ثبت

- تایید می کنم شفافیت (transparency)، آداب (ethics) و رفتار جوانمردانه (fairness) در پیشنهاد این پژوهش رعایت شده است.
- تایید می کنم ایده این پژوهش مربوط به این تیم پژوهشی بوده و مطالب فوق را با رعایت اصول اخلاق در پژوهش و نگارش، نوشته ایم.
- تایید می کنم تمامی مجریان متن را مطالعه، نقد و نسخه نهایی را تایید کرده اند.
- تایید می کنم نام همه افرادی که به نوعی در ایده، تهیه طرح پیشنهادی و اجرای آن در آینده دخالت داشته اند (هیات علمی یا دانشجو) ذکر شده است.
- تایید می کنم این پژوهش انجام نشده و در حال انجام نیست و مادامیکه ارزیابی علمی و اخلاقی تمام نشده، کار عملی آنرا آغاز نمی کنیم.
- تایید می کنم در نگارش این طرح از ترمینولوژی صحیح و استاندارد در حیطه پژوهشی مربوطه و دستوالعملهای معتبر استفاده شده است.
- تایید می کنم مطالب را خلاصه (جامع و مانع) و حداکثر تعداد کلمات در هریک را دقیقاً رعایت کرده ام.
- تایید می کنم از فرمت و قلم مناسب (عمدتاً نازنین ۱۲) استفاده شده است.

ضمایم:

- تایید می کنم چک لیست اخلاق پژوهش تکمیل و ضمیمه است.
- تایید می کنم در صورت وجود آزمودنی انسانی و نیاز، فرم رضایت آگاهانه به زبان آزمودنی تکمیل و ضمیمه شده است.

محرمانگی:

- تایید می کنم اطلاعات هویتی بیماران به صورت محرمانه بایگانی خواهد شد.
- تایید می کنم مالکیت معنوی داده ها متعلق به مسئول اصلی رجیستری و اعضای کمیته راهبردی و در سطح بالاتر، معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد خواهد بود.
- تایید می کنم اطلاعات جمع آوری شده بر اساس دستورالعمل های مدون در اختیار محققین مختلف قرار خواهد گرفت و ساز و کار لازم برای آنها تدوین خواهد شد.
- تایید می کنم درخواست اطلاعات شخصی بیماران برای استفاده در تحقیقات باید با توجیه دقیق آن و تعهد به رعایت دستورالعمل های محرمانگی داده ها همراه باشد.
- تایید می کنم برای آنکه هر یک از عوامل ثبت در گزارش ها و مقالات منتشر شده از ثبت به عنوان نویسنده مشارکت کننده لازم است بر اساس راهنمای اخلاق در انتشارات وزارت بهداشت، تمام نویسندگان شرایط نویسندگی را داشته باشند. در غیر اینصورت صرف تقدیر و تشکر از ثبت کافی خواهد بود. لازم است این موضوع در دستورالعمل برنامه ثبت تصریح شده و به اطلاع متقاضیان اطلاعات برسد.

نام و نام خانوادگی و امضای مسوول اصلی ثبت:

(امضا به منزله تایید محتوا، تایید موارد فوق و پذیرش مسوولیت قانونی آن است)

آلا قاضی

A square image showing a handwritten signature in blue ink on a light-colored background. The signature is stylized and appears to be 'Alaa Qasbi'.