|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| data:image/png;base64,iVBORw0KGgoAAAANSUhEUgAAADIAAABGCAIAAAAB7lAxAAAAAXNSR0IArs4c6QAAAARnQU1BAACxjwv8YQUAAAAJcEhZcwAADsMAAA7DAcdvqGQAAAwnSURBVGhD7dhltNTVGgbwY3eDBRi4XMvEhY0KGCgGFjYh5hJbrwrYhY2BQSiKih1YoISCioGYCCqC4lXRCwYWF8Wa+3PezTjMmRnmzOHD/eDzYdb+73z2u9+cmsz/Jf6hVRf8Q6suWJC0pk2bNmHChPRRPywAWk899VSbNm1+/fXX7t27N2jQQM91113XsWPHGK0O9aJ17bXXjhkz5qOPPqqpqXnttdcuvPDCVVddVX+TJk323nvvX375ZfDgwT///HNMrhPqRatDhw6LLLKItzvssMO6du06duzYrbfeety4cYsvvvjXX3/dpUsXdD/55JM0uy6oktb9999/5513ahx44IEbbrghQiuuuGLnzp3XWGONTTfddKeddrrvvvtweuSRR7777rt+/frNmTMnFlaIKmkdfvjhTiWtL7/8cq+99mrcuDGxLb300h7RryG47LLLHnjggWWWWYbwJk2alFZWhmpo/fbbb37feuutli1bbrTRRqS15ZZbTpw4kTLBN99806NHD7Q22GADFnDFFVcQ1axZs9hELK8E1dDadddd6dCVV1757LPP7rLLLs2aNUsDebj33nsxu/766x999NETTzyROE1OYxWgGlo33njjZpttln2ov9C6dWsm+fHHH8coZXrooYfOO++83GvC/vvvP3369JhQCeahRc533HFH7969X3zxxS+++OLfc/H666+7N29ESJ5stdVWa9q0Ke0OrLDCCnE2qfTq1atRo0ba9Gn11VePCUTVsGFDpnDyySf3799/6tSpse2nn3762WefOSgwc+bMxKOA1o8//rjooovadIklllhsscVWWmklygHLLbdc9tya7bffnt4wQ1f/71zMnj37hx9+uOGGG2IOlq+88oobpuEsvGCnTp222WYbE2JPYLzLLrssm4iFRx99dOJRQOunn35yy759+zp4rbXW+vDDD10IPv/88/9kkebVgpjTokWLzTff/JRTTllyySVJJcyiNmxCQrEt8xQh3Llnz56cS7t27dKk2rTYOWfz3HPP0ZjUOz+cddZZqOyxxx7O8zl06NCVV155nXXW4fdjQhlQRHIaP378JZdcsvvuu6fe2rQ8IlENGzZsu+22S72lQQW5Bs89YMCA1JUFZ7bnnns676qrrkpdJUClTPPEpGBJ6q0PrbvuusuOaH3wwQepa16wktAYKpu6aiFoPf/8896RvFNvdbToOHdlO57i999/T73FwIT5/fXWW08jdc2LoPXCCy8IVvV6RHaw7rrrOmzIkCGpKw/ffvvtmWeeyTVIIvxefPHFU6ZM2W+//WzLmaVJecjREmGrp2VrvoOXL2qVXNHOO+9MReQOzPmoo47CXnSy7RlnnOH4u+++O02diwUgLYmALdq3bx/pQETAfHipN998MyYHsN9iiy2EBG3e2HIeJIYCOd26/PLLq9Et6YD1Lh2fr7766pprrsnf8nM5LL/88nwpccYnbykYRHAcNWqUVeeff772BRdcEJtA0OKP2rZtW2dLjOTpyCOPTN+ZjOROz7bbbovov0qAzZszcODAhRZaiG+LhaeffnrwiM8cLaKqGy0unlQkwfGZg9ehSemjGE499VQenFN1MG8SnX/++aewbUPG4TNH64ADDqgDLbtsvPHG3qt2tvTkk0/aUXqTvueFbMzopZdeyiHxt0EiIC7JheTZ2jmVx7sOKs8LWPbMM8/EhAJ4VqO0mFtPXVlISpdaaqnmzZvzJpSMX00Dc0E1LZw8efL333+vMXr0aI9bkcpLFvSIvvx4jBZF2NfCCy/MXZENy7BED2FQc45UXk/kaXYebCsR8ggms0RhqqJH5MdnzJhhDb+QhkuAw3SAmYHddttN0kblOS2CLFWQESGXS3EtCb/VqlWrP/74I0ZL0lI40ERrcmlneXD9dJyn9e4kRFEclsaKoU+fPtJXrxy0Bg0aRH65dKgkLSIlW2toZRouAUWEtIQWn3322WgxBblUGiuN9957Tw0izActfiTf2MtJiyZa8/7776fhYkCaYolocuJu3bqRk8uksbLwaqusskpOWsIa96tAitGStPgkORpPWF63grpo6OoeEa1w6PMFz4IHDQlaCiQNhhmjJWntsMMOehQIHF2MFoWi3hx1x7777mvrHXfccfjw4WmsLEQIFTmDCFpSYlJXE8RoSVrht2RUlrG1mFAUXpnL5Z+oIx+hfE0DpRGxi0l5tWpouY3XoTdl6gtgQQ8++KAXVMkccsgh1DkNlIAqKNIK21ZDCyTsVipQ47MUPB8j5x0kWCTnpDRQC2KADd99913tXPCpMy0gA14gfZQAszrhhBOOP/54Ajj00EPLRHFbqZTC9VdPS3xQYZavYaQJNhWePbdEmWi32mqrNFYLRtGSNmpXSkudqKR8+eWXhYLUm8mgpWhOH1nIQlm4MjUeS7nMz2m4ksnO4FSPOeYYwUfKqqrOLkoQdgpoqcIff/zxcrS8lxJKjFt//fWtkZCIjKLEscceayVv3rJlS+7AXgGOjf90h/izlBuLHItVphk1NapZFNnEzJkzFWdooR4nMik7PP3009J8EilOyxoujulBbCfcNmzY0MvGAfolCJ6JU+axQB3RoEEDmm5TghEK5atdu3alavIWE1566aVIK2Rd7kwk8Y8G6e6zzz5t2rSJnSVC+ou7U9ImXimKtrAwYcIE9uJXe9KkSX5jWgEkiQcddBBpyR2Yfbg6KXwanguyHzx4sHQeuDcJFrgD0uTXqFEjzi9eFuahBcyEVG+++eb0XQGkMRLoqEG4CbJUa8hYpk6dWuF/WtJM4sgv1wppwSabbEJ70kcxyEXpsjyRtQKjE6kYL1qSE6ag+Fl77bWjCqJkhJRWFgPNsbBz587pO4sitKLO4YRoRurKw2OPPUZF1AjnnnsurwGE7+xp06YRFb81btw4L2JUUKLmRxxxhN2YaqkINmDAAAo3e/bs9J1FEVrAzsnMjceMGRM9nmPo0KEtWrRwxnHHHcdmox+klPkVhAOkHukjC0mVbMwz9e/fP79UeeeddySPNlS7pq65KE4LBFEkWCLrE09YJYtTS7GsNCOTYfC5DKk8+PTwogRJQyg7j8M2SVe5kSbloSStAEfCF6iWpCv5DPgbmn7OOedUki/kQCtYKDXy3GqFm266KQ3UwnxoFYX7KcUYee3isXJwN/lVfwHqRosWs39qHv9Hjh07Nv/fdjGE2qWPsvCm8ggBg1JyJWENsqPcv2VFaFlDuwvU1gKRjiekp6krk7nlllvw+Oqrr+JTfMQ42l4/3ywKQAfIu2/fvuya7kZgPemkk3JOuAgtrN2jwKfzvwXJHX4HH3yw1K/gj1MXoDQ0WjBNXfMCXWvDoeNBQaOfsr799tvRLqRFVNdccw03I8lMXVmIxwVGJy6JM0SVqznB06inCTVnChHm1CBeIHqE82iL6L17947OAhTSIiq67BLx3qJk/L/gKvnHFwC52267TZqgmC4od21lIRd92mmnhYSEKSHBw916662hTFydBpb0LLtofirfoUOH7t27a3Tp0kWhIingV0EKagtvQZnMEaF5c0E9bJPGcEjZDTIyVeGoXbt23joyUqJig6J7TAApkxcXGGzrV7b3N638N9KWat5zzz0yFrpvO2kFTyj94JQDvGvjxo3FRMxIiEioGmOM3F+/HZgt/+6zdevW7jB+/Hiby+fobtOmTePv5zfeeIMnYyLU0bkypb/+0cjSyAgLboDsRRdd1KdPHxIylajpAQGMHDny6quvnjNnjo04axDtVfTEFstBj9r64YcfppcelDLIuhCSx4Y30Sn7c0Ps7Ul4hCrpbd68uW3dynLkTGNtNR6VDInaFk2aNPHw+EbgdL+JEydqEJtkMHYvCnn27bffruE+uQxT4mCraDvFtTkFjfbt26t4idNkkg4/YpVgT0lw9VnjWrTPL+Fzj7pyMqDm0YAePXqEcWGMgeBIqDFEqakd0nRrxIgR0WkyN5Hv/CTcEU9dlXFIlB0aQ7VRUuUdT0IUUDYhoxo4cGD0O5vYJcEuFz25s7nHXMZRT5SkRQkcoxD1spQp9WbRr1+/bt26pY88DBo0qODfyqoxHwfhmDKiLsATTzyRqxHqifnQqhOkQPn5YH2wIGlxWmXCc52wIGktQPxDq3JkMv8D3N7MMsTa4l4AAAAASUVORK5CYII= | دانشگاه علوم پزشكي مشهدفرم درخواست راه‏اندازي نظام ثبت بيماري‏ها | data:image/png;base64,iVBORw0KGgoAAAANSUhEUgAAAIEAAAB8CAIAAADBzkTAAAAAAXNSR0IArs4c6QAAAARnQU1BAACxjwv8YQUAAAAJcEhZcwAADsMAAA7DAcdvqGQAACYcSURBVHhe7Z13eFVV9vfjjKiDMwgIA1IUEEEU6dJBeq9Kr1IEKYL0IpGiIEgJIIw0C0WqoBAERgFxBggdKdIEaSJdpIkwzvj73PO9We/x3pDc3Nwkvs+T7x/nWXuftdtae69yzrlJ2G8pSG6k6CD5kaKD5EeKDpIfKTpIfqToIPmRooPkR4oOkh8pOkh+pOgg+ZGig+THH1EH//3vf//nAIKiaBHOfS/+85//nD59+vDhw7t37962bVtUVNSWLVt27dp18ODBEydO/Pzzz16+aNBcPXvL0R1yFVSZ9Phj6cAEYcLyEc358+fnzZs3cuTIQYMGNWvWrHjx4qVLly7vQpkyZagsVqxY7dq1e/fuPWzYsA8++OCbb77xto+GjzIo/vrrr8mlhj+QDkzotv2dag/Y1xMnTmzRokX16tURbs+ePcePHz9r1qxVq1Zt3779+PHj6ObSpUtc4dyxY8eaNWvef//9CRMm9OrVq0qVKiVKlGjUqNHw4cM5ND6CNmVo0GTBH0sHwL1Dz549+9lnn7Vq1YoN3rZt2yVLlmBtzp07p7sB4sKFC2glMjKySZMmnJLKlSvPmDHj1KlTuqtBRScX/nDnQGBTs5GrVatWq1YtjAlyvH37tveeA5jd2vIIMhruou4Kd+7cuXjxIqeHbgsUKBAREXHo0CHdcneV9Pgj+mTE9MILL2Du2bzeqmiYZEUYYrxrhL+d4Xg1bdq0SJEib7/99tWrV1WpJkmP5NeBxCSaCKd169YNGjRYvny5amKBu2FwWL16NWcCA4VKVKMOE95zvJCcOtBSATRbdebMmSVLlsRYX7lyxRhEJB6uXbs2adIkTFOXLl2uX79ODYPq3DhT88BhTEQkmw7cy8NDEke2adPmwIEDqgH+BiTksAkcOXKkXLlyGECLYjW9JJgDSH4d7Nmzp2rVqv379yfn0i3A4nU3sWFSxueTTBQuXHjp0qWqATbJREVy6oArsSYKmDZtmrvSWbgHqkw8aBTUYJqYO3du7ty5icRUTII5gOTRgdYWFRWFS3TvO+CIxQtvVeKA/iV6jWVqwFHnzZuX2EzFJEAS6YBFeqlobN26tWzZsiS6KkoQRgDVB4cAm2sgpO/Dv3bt2ly5cr333nveciIjSXWgBUMcPHiwUqVKixcvdm5673JLd62Ga4wQD/CWo2tEqB/VA92KL9asWZM9e/bPP/9cRfrR3HQNLZJOB7aMn376iRDonXfe0S2DGMSpogg3VOmG6mlobSFUaTA2N+KsxCtwUs+cOQPt6deBboUWSaSDX3/91Uv99tvYsWMHDRqk9WhhQLckR9HuekPslSLcOlAN8JZduFule6p9+/atV6/ejRs3oJ1uPE38dZxAJIUONHsAvXLlyhYtWty8eVP1PncTD/Hq3+Zz/vz5okWLDh8+3CoFhytkSKJzICD62rVrb9y4UUWtx7YV9ainefPmTZo0gWjbtu2LfmjXrh31ICIi4pdffgkPD2/WrBlNuDZt2rRVq1Zq1b59+x49evTq1QuXo+w3vtDcIEhfyN5xYKoHqg8hklQHJEHjxo3zX4NqyJbZcbiKjBkzhsWFChUqYDRGjBjRuHFjZHS/A+89F/72t7/ly5evRo0akZGR165dcw93N+ium2fIkCGk0KJjbxscksgWcd21axf79OjRo1ZzN9y6dWvdunXly5eXHO+9994///nPf/rTn7jec889EFTWqlXLy+281OSEXblyhVSDA5QnTx41dINOnnvuOfezudjn4MbVq1fLlSuHFYV2e6xQIYl0gFgHDx78j3/8w1sVE3zWRpN+/fqxuxG6FCBNAGTq1oEPDh8+jM9PlSoVbNIZV0cRHowePdrLFx/MmDGjcuXKEP+/6gB8/fXXWHmiUm85JtjyuIpADU888QSCk/RNDdS4deDTSpgzZ45smtSg5hQ5EP5hcZz48ccfSWg+/PBDbzmkSKJzQDyqlUtMbmG54ZHi7xkGDhyI4AASNGlSdOsA5QEINQeqX7BgAf5AbWlFc6nhvvvu+/e//y2eOGEdTpw4kYDizp07qg8hkkIHt2/frl+//sWLF6Fts8cI3XJfN2/e7NGAS47SQc2aNT0NogGzQUXVd+nSBWaaWHNATYcOHfw/fokR1icmrkyZMl9++aXqQ4ik0MEnn3xCwKOtCmxVPqDSfztv2rQJkSE4hCg5AmruZosMukW8mylTJvhpSye0haCYOnVqZCqe2EFXNvOePXsqVwgt4q0DrRBAW0rprYqWhSoNhI9fffUVhA6BP4MP3AwYDUQGJH2BYiw+WVAnzJDIFX7Tn84BXsH/o6O7wZmyp7eFCxdyFEjcVA9YkTQkhuCQoHPwwQcfjBo1ylv4vZ3BborGEL300kv6gkEMxhMIgtaBgZAUfvdJoogO9u/f7+WIFe4JkxXimXfu3Gn16JirowjP0nTVXadFQIiHDqx3EQz/yiuvsCpcn3PfC+Yxf/58eyu5aNGiyZMny/iqraC7cSI4HbiHIJuz5tIExXjpwEs5ICf3ibDdYwmrV6/evXu3txAAgrFFIi5fvsymYD2EgJb7IOumTZuy7NOnT6vm1VdfnT59umj/6caJBOqA+Tz77LPu5vHVAaAr2+ATJkwgDaQITb5pz10MZ8+ezZ0795gxY7zlABC8DpjB3//+d494wsJy5swZFRWF3AlXKHbs2NE4iUz0MkTz1jVwJNAf7Nu3L0eOHPAjeh0C5W7p0qU7duyYOOMEXQnQZPtVq1ZVhPrdd989/vjj7Dlci9YFz8svv8xArVq18rQMDPHTgU0F7NmzR+IQ0qZNmzlzZtF9+vQRz40bN1577TW3Q4awHgJBQs4BaN++PRJh15s/gKB5y5Yt9UQ6ENCPl3I+ACRhxgZA08Njjz1Gb2nSpOnevTsHi3TaM9ewsOrVq4s/EMRbB3a1yJ1DUKpUqeeff37AgAHZsmWjJjw83GH/bceOHePHj7fn77oKzv24cTcd+OcHPgRYuXJl+vTpJX01hKAtxpPt7GWKCz49k+qXLl36X//6FzS7CrvkzM4DxkIUoosUKaJ8SIh9vfH2yYZly5Yx2COPPELawngnTpy4du0aY1NJViwevBM6EB0c4jwHzMoNVQIsNYYCTnRAE46CGpI5v//++z7MgQMHU6NGDXpQkeTfMzk/YKXXr18PA6PIAMQyXLz9gWHkyJEMhmFlu+GIIiMjy5Urd//99993331z584Vz0cffcThEB0c7qYDO+xm4gxshYkTJ8pXyfioCaBy9uzZYotFKD5wcxINtm3b9vXXX1dx7dq16hkwkI0FQTQIg0f2TnMj/BG8Drp168ZgWbJkqVOnjtLgSZMmUZMnTx77spwEgrhIdHC4mw7YjF4OF7DIS5cuVUIAEISMj+iyZctu3bpVnHcTR4wQszXB9Hfq1En0tm3bNB+P+KPzcM4cNfb2TZwgBDqgC+uF7dCgQQNG0o4gxiBLIB+mBnNk7o4zG1odsEKJtW7dujdv3pwyZQq+Z4QDAhJ5SB/A/8ILL8yaNcu+nme7iAgQWrWtvX///u3atRNNHkD/SF9yB9IEhAUmjth+14MP4n0O1BEZI1EwI+XNmxdB4J/XrFnToUMHaojHbbUhPwdaMEV0cOvWrdGjRxcrVkwMgmc3OgxYxYYNG2IM6YHZqjdNXsmtagKBD3Pfvn1NBydPnnzqqac06DPPPEMGhynWTLATMFjbWEYM0ifjmhR3s9R+/fqNGjVq6tSpPXr0oIawwcvk6KBnz57eQlDw0QFL1TkwW4T1P378OHtTizc2rsQLKMn9GauWwNW9lthhnEZw4Nhtoq9evUpA6EwwjLzhwIEDixYtqlevHlvzxRdf1AfkOnaxjBikLWIPPvrooww8aNAgTsCKFStw0aycmhIlSrDRxDZv3jwdSXfbeMF0gOglX0DRPz/A2jz44IPcEo8mA0qWLGkPTjSNOAMVH7g50SiWbeDAgSpiD9n7Gqh8+fLIgbD1sANyhb1794ot9uHiZ4usI053rly5GJikHMdQv359S08KFy78448/im358uXDhg0TDWKZx93g1oF2N6Do1oF1SzgkZnHqxAC8tD7VAv5xVOwQs7XCAKBUDr1z0/NEErtkoxCPYqkKFSpEHle7du2oqCh4aCioiT/ioQPNQyeLc6Dom12wadMm4g1CBU0la9asGhsQNjCn+P6Kz40AdaAVIhFiVjH78Ct2EBvHVKsIHKYDjE/BggU//fRT1V+/fr1p06ae+YWFZc+eXc/JhYceeogUFR41dBM+iN85sKmzWo3XsWNHYhJiYTyzxsZDzJkzR2wYRKJpMjXoOKcSIwLRgaBuCf+5Cw/8YoaghgjiyJEjximoGCdMAYD95D5Vly9fxjN55hcWhj1AN+SA2bJlY9CHH354y5Yt8NhY1okP4q0DdQSh2BTjyEikKuPGjdNUwNChQ8UPcF8+HzDfbSoxInBbpCuCxh8av6XHgOxdEZHgNI0bXm4HFHF+5Bnm5w8dOsS5V/+9e/cmQXnttde2b9/ORuRY6NGs2tr29Uf8fDJX64uQg4HROUaJePSTTz4hBGJgKomUYBA/sal9x6AaNxEn4mWLhF69elkTmLkCipkzZ/7uu+/EE/gEgJuZGKRKlSpWg7g1FuB8kKzoGSXjUrx06RI8MLtPkj+C9MlgyZIlGnv8+PEYvosXL7IHn376aWrcofH06dMJ5ixri302/pAOTPoQEqiPLVK36nnnzp2K2eCkia4UgX2cEvgc1C1QkUjU7VpMBwyhYB03ULRoUebZqlUrHRd38xgR73NgPdoOJRo5evTosmXLSFKULpK2WDiI9yafUpTm00MgcJ8DjxIcULTnptaVugXQWEh4THOmBtypycUC6DihPgHWv1SpUvK0AqffM7mwsBYtWrD9MVOLFy/W6DIGwJmUByr6I37nAFhfe/bs0fAEo9Aff/xx165dU6VKxcqpnD9/vjGTr5K5WDGW2fhj48aNGkVCNGkS+YmB3nQIuAJVrlu37oEHHtCh8Sgh2jPjME2C8ZqGmDnTGN6zZ8+qkuFYMt0y0ODBgzdv3swRJC7HClGJUYJHDbkKTjtfBG+Ljh07prcF2Ee8LovMmTMnyapkhIv28jnZE9vE3daEFSfsHLBOQOdcKXK2xOAszevxRKu+YsWKasXRZG5ADUlfxWCcccJm27lzZ0JtG4Ujrgc26jxTpkzkTBzQv/71r1S+9dZbaiVmXWNEkDqA4FCjagZjkY888giEG08++aTtFyJUkmd9WqHYPJYJ+YBUQx2ySJZqOiAq83L4LVIi+/zzz9UKeA5C9FEoVqwYshNngFDP5EAZMmQgLlIlIBlOmzatZ3JhYWRtnPWRI0fquSEHTjkEbdU8lm0XvD8A8+bN0wwA4XCzZs04ksqSAFtYbIDoSC8SmErghhiQadOVyVGgpnHjxl4OB5qStCuaZEqRu1sH0GxSogmnUaBQh6NGjeLEu/XHFqRDhpCJW7hwIV5Q1glN632n2oLQ6AA4C/SCImaX4RmSFRIt7Nu3LyIiAsuDT/YR09dff038qg/fgZrr6gOfW2PGjKErIAlKmhQtLhKnpK+iCDBz5kw4aWVtdRQaNWoU+N8JEQNWnkW5P5kFsvvgwQcfXLBgAd5406ZN5KTUVK1aVTxC7KPE2ye7cfPmTcUAuAE2RbVq1aAJz9kyEKiH0ypOtk/Lli3dbipGcAvYljlx4gQOn64kPkf+HgJgBOyFInC3MvqHH34oXbo0zU15aksCpY9xnNG8cJp652Y1ugJmXqhQIT0HUyUHlDBUz0dZfpYsWYjLO3bsiD1gCHvRFggSpAMwfPhwLbJ9+/aERhhB5qRHKFTixLx8v/22fv16ggp3YBc7ODqVK1dWP6wKCdpe5kp9+vTp2X3uD6FNZB4ROvTcuXORuFsNEBQJ82VVxGlwWnsAbWfr3LlzJByE4Hbr9u3brJd+UAwpwtq1a1l4//799TKD/RH4hzMgoTrYvXu3cmPcMoZoxIgRbJlXXnlFy8ZBIUovq/OtkX1441mxAxUN2CvWQz/69YAJzn0F3BJeeumlpUuXIghLA9Wn9azTSRMpD1CE1hc3gnsa1lyAJv8vWbIkMYiKAFen4CdNmjREByQN3bt3//777zFBVGJ17VAGgoTqANSvX5+BATna0KFDEceKFSv0dolKTJC9xiKR5szaZ3fA9hrYv38/llqPY+MLJMKheffdd9WVoJ6/+OILZS3Snx0jHKzyNcnLpgHhrtmwYUO6dOkUDqnm2rVr9qyUJeMUCZSh9UEf0CcN1mGcCIEOIiMj9fEa+QFybN68+UcffRQeHq4JpU6dGpV4WZ3PT/Pnz2/OGdhcMd80JPNcvXo19vqfDqBZv11XrVoFwVUENeJhCMISffZDhwaKCJSAjZmYArhSxIjrL1V5WR1mrtoWKuKQOOUcX/deQejOyjyueMiQIbNnz8bMMgecAXJgvd9++604A0SCdKBp6bWGpoULZW2kbKdPn7ZKjCmLUROALSZ+TYwftABNyeQlYA/1qYtOg0CxXLlyPgGSWwHg5ZdfZkWKMgVynQIFCjjLCiMpw71h67CHM2bM0OOyfv36Kfi2TuJEQs+BRsKCMycZn4YNGxImV6pUibiFIMGZbZjbOZ85c4YjTAwnUwDUic+kA1+DP6xD62Ty5Ml6liUFcBQ02wkTJojTvdMFUv2//OUv7Hpou8XGVyeeVYWF4SpguHTpEgeRaJBDE8TnMwnVAVPnStBWu3ZtTYsMeezYsazt+PHjZPZEL1Syfn3zJBCz4hgGDRqkojoJOdybmv2rF79mkSTHPHnynDx5Uvzi1BWryF2uzh0vsHu2q3DFuJ+sWbNmzpy5RYsWrBSacwObu59AEAJ/oMGw47Y7ypYtu2vXLmz6oUOHSKZUSYxof6gFEFrgfu2xEp2AUClDU1KfVrx48WLRokWZidTAFVBU1mJsgEQaJ6/fGTh9eOo3b96cIUMGZylh9erVmz9//kYHCgIBkaHyIWsSIEKgA8CQ2HcMDlORJtj+BEiY/t69exMIOZP0vEXRX6PRFDm/uHF7tgXiNfXYEaM6kZH7LZumSnyJKLmr0Yl0MUH2yaz6wZ+VKFECZjUZOHAgKTEWmCgAV0wNwEypCYjXZgqNPxDY9VgYTQj06dOnR48ezJLwjsRNH55gMd2BOcvIli0bgYf1A+HuM2ioHzdUv23bNk0SaaIJAI1F0mfSuFZ2z6RJk8SsVph7nJw1gciXLx+qYl3sMIqgePHixCYwywA6rQNFaHRgo2JAtVME4jYsUuvWrYmp58yZo8erCB3Rix/gxLCkderUuen8MZeQwGdWPgRprZ5uMlVD48aNselElu6PggERs33gjlcj+oQZmmNEZKF6oD+HqyaCOgkEobFFbuhrOwEPRvyzd+9eZcgff/yxXjnYSRdIFxAKiT47y1v1+/UA1bivImKE3XITgooYdyWDiFJbGyBi+9u2MiYcjiZNmuiuAI/gLTs9vP766/F6GOyD0Ovg1KlTBQsW1Pxy5MiBV8AVt2/fntDt2LFjuASCB/8ElbiFKJuMdNiwYfbjU5OaCGAnXUXgMMYAu2VsIqwHQntlMOYYQEREhNPo/zFzZBXaATgFTgOaUysCJPu+NjiEXgcgKipKL5hAkSJFcINkqpha8h2OvP+MJRSAtghtafJB9F+3BBKHCNUgGhNljHBaeOBP09Bh8cC+DQRIVjIlyVLipiYA2yUrCo/D6yF0ekg/3Q/EgkOi6ABg5fUDeTc41/5PKyVNoIZkFRwFQsOqVatiGWI845KjWgFVuqFK3QVWY+BEtmnThgCBQ7lo0SL7RkioUqWKz49bV69erZgCeA6Cowxq7Mc2YgsOiaIDzQlvbG94uDZq1EgnwCOVaLm4dyVQPSDvx5OT+gPy7W+//dbNKTbV+PRg8IzhJ5qzZ89igt544w0CTXIFQlJZRVJ3kkrG8sjYARt/wYIF9uEsIGnQcqQA4ldCI+qZQIxjBY7EOgcCTljGtEaNGvrgCbC1NWmBGnSDWfD/nR67FSdRrlw5+fa5c+ciwSCM74EDB7ByhD358+cnf6QrMkQf5eGlCep69uxpf7sKMDSCvnDhgnhIbvTb04ceesjyTe8y/oA6sDktW7asZcuWepSoLaN6YDQ7nYWRrxEvEQuq0kBc++GHH3br1g1Xj5Mn8e7evfuIESMWLlyI2nDg169fx8Shm19++QUaZSN08nZ6e/XVV5s2bYrVzpUrF2aH1Nd+vG7gNNA5exwQodEJSSWBv97IAg4NRWJWwiSM0nPPPae/6RUqhF4Hni3hAjV6fyBahKAiWxsZabWAoBv5Ill/T4DFWLdu3cyZM8n4sBVYc6wH+xqhVK5cGSMOKlSowOYtVKgQwS5HkLRj6tSp+BWMm7cXB4yOttAiGpW/FejB3tqjD4bjcHTq1ImADZ9RsWJFkjWM2ODBg/UkWKtwVuNdThBIRH8A7LyLUL37iqD1RtoHDzzwAP5j06ZN7jcNBno7d+4cUkCye/bsYSNjSdAlcTBGBoKMnbvozB7NCkTA33zzzZYtWxAr2TKjaDg8lmUJ/j/eYpKcAA7Q4cOHyXXoHCgrBixEawkaiXIO3FeDDBFX4DB6YF9rIwX5OojmzZtXr15dxTRp0mDHsUUEiMH9jgG5f/XVV/Pnz8cQ1a5d2+TuA0+s44xIOKfHR4AJi4gR7ruxc8aOxLJFEBK6uxJIARBc2bNEFyzbFCDgn5ECpp/8037tRSCI2enQoUPnzp3ZqigPF43Px0yjoTlz5pBSzJs3jxqKeIKuXbu2a9cOV4SPtQfObhQoUKBFixb2KJQ52DSwNnJLmjPwrMGBiu5VqMa5GSRCrwPPPvcL10SrUvjpp58w3P7rB0gTC4OsMUSICVd5X/SPHQ2ohCbU22MDaPY4iYUxw0Bb0QI2Hf/PIZsyZcqaNWuwdfbkGXgOQvQchgwZYqsA7slDa40irDJoJK4tEmG0oKJ+SAvc0gdER0Q7iIm9vH//ftwg+5o0+/HHHy9TpgxHAX5cBaLEoKdOnZom+GRMlpoLqVKlwg8THZGjEOSQqKNvQlKs3OXLl+mtbt26pGYwbNiwQeGm4FaD3k5rwj6yNiIkSBSfHAgwOHqjItjisTN4P4TITsTaEJbgQhElRgYawQ0YMKBw4cIoJjw8nLiFBIKcFokjWc4BrlX9YIsU8rLf6ZMM68aNG0SWZF7k4TQ/efIkxLRp0wii0KtnEtGgByIF/b2uJECy6QCcOnUKi29PxIQnnniCTUoSNHnyZIS7devWVatWYZ0Q5T//+U88M4FN1apV33333aFDhyJTglF2emRkJI63tPNVnQRaqVIlXAUEAeibb76J8Zk0aRLxzMSJEzlnw4cPJzQqXry4Z8jfQ89INEP33k88JI8O3Gsj4CM79Xm4xE7Mli1bsWLF2PIYJRTARsaHr1ixgnQPO8axQA0RERFYEu72798fPZGFeds7nxYcPHiwZs2aJLokHIyi78/IP5588kl/B5MxY0aYyYTt+YQmCVRMPCTbOWBtcmvC2bNncY96X+gDLEzatGlxwogPq4JFAhgT9jXhENscY4VWxowZ88Ybb5hVISji3GC7GjdujGXDYeCufWwOoHNcBcrDAPokE0kgfSE5dQBIf4C3yvmImN2NRPQD9EBAdJs/f37yWNLd3LlzEyYhaLmEWIA+6tevT+aBCr1jR0MTA9oiEKpPPCSzDoBCDm9tNPbt2yc7TswTiEzjBJ3grjln/fr1wy3jPHz+L4ImA2GiBzHOLeQIvQ40afdKRLjX40NwtRofYJ31QEKPiQhP2ewGHDgxK7CiCACdL18+YlwCJ2zX3r176Ucv7g0aFxjtTwDRXIHWJVilEcEhUXQA3DoQqFElV4q6q6vVxAk4Zb4A5ttLRUM1xhNLt1av0UULVuSWQUWu6tMHDnvwSCwdABW1JK42e9UDq5S8vLWJCY2uq4YW7Q+m5KVigrUSoa5UEwRCrAOmougCwqblQxACkaDpAZzN3nh8gCx+/vlnzPf3339Pkdh0/PjxVLr7lP4gVKmrD7Ft2zb7SzaChzuagQ6//PJLEuMffviBiIBYGetHPRkMiZ7ePjFhDCNp9ltvveV+j+TuJzgk1jmAuHDhwrJly1Tj/u8TyKJ8+fIEjt7y3YFomjRpkiVLlqeeekoveAn28av6e3kYd/I1+3GDYKO7QbhVpUoVFE+HJH32PI6rPPOJEycIXt95551Zs2bhuglY9Zpsx44dTHXTpk2oedCgQeRuvXv3zpo1K21pYm/z/UeMF0KvA6A5HT16FMe4efNm6LZt2+pbTECS1aNHD5YHfePGDZZNonst+h8GuXHnzh1yNKIa+3EHZ2jChAkjR448duwYWtEnocePH+dw6G9RaOh58+bZnxhig6ODWrVqTZs2jZTiscce69Kliz0GJ2vr1asXPZCZ00R/AahNmzb6tIKpduvWjSANmkyQbrt3707cTJFcBM6Q/DuERNEB24286fz58+T9ZKdffPEFiRIEt8hmSXE//fRTjgj7bv369c47xL/d7QuRnTt3kjA3atQI6aMqkrLVq1e3atVKHwsTZRLzkF6R+pK1qQk7vXjx4pUrV46MjCRHe/TRR1FVs2bNJk+eXKpUKYKlChUq6Hnc9u3bsTzEWrNnz6YeBnSTN29emnNWsEIcO/b+ypUrma1+6T58+HDusrGY/Ntvv123bt0EHgKQKDrAbrJO9gtmJGPGjCRERYoUKVasmL2hNXCu9QpBH6Hq6Rt7sGPHjqSvtCpQoADN9ehCTQChp0wZyTB2AzbCU31NvHHjRvokr0aUZBj6IJchMDWZMmVSnoE10/ttVMj0smfPPnHixIYNG9KqaNGiegRLxmdJNdYJUEOWzu5hB0RERDz88MNotFq1avSTQITeJ3MIAKnQM888gw1t3749QmQzIqmCBQs2b96cw8HUSb5q1qyJuQ8PD2dnSShsWO6yASXHHDlykAMPGDBg7NixKIO9XLt2bSx706ZN5fnZp3SOvXrvvffkmfWzdcSkPy/KmYMBaZIlMBbSh/PgwYNi3r9/P+a+ZMmSaJ2TUahQIXYJE2YCTL5169bc5TxVrFixRo0aHJd169ZduXIlKioKuwQzK/qDfl/EhHzmpD9bwGG3j0TuBgShp2n3O7C/yeYPbMXo0aPxN4h1yZIlY8aMkdPesGFDnjx5RBMLYbXTp08vfbjhP8lkRCL6ZDdwA2xnBSQxQkJhe2LuscuAU+/zOMENQlUki0XetWtX3759OWH6SfDJkydxDFI2jmHo0KGcLf8vujWct/D7orveH8zQzQxU4y0EhdDrwGYJKBphkB0QYTy6inDDXYmJU431IOCuD0T/uSSfWwabFZ1wVaVqQIy0w+Kh3YRzx0tYn8BhCRKJYotEmDisxpmtBzEWgZsGugvctGA1DqMH7qJoAC1JaTJWKUIQgyq5Gmz+RL2cJN3VPgBuZp+G8UWi2CI8FXbAW3CgWWq17hmrhmwL5+nzxQ4wKQDRVKoIxOMtOLAihAnLDTHYlT7dQ1hzAE0yTFRKcDVw4EAZOioBiaElmIS/a9euVb1qgkDodUBGQ8A3c+ZMEh9ialXaUt1zNbNAEEWKYH/sALhFA5w1euGtigaBCuEK0Q7BvrfKgXGqlc/7GTfEqasgmp1BOKsw1xJM+nn22WfJMdENwVKGDBnsJ4VBI/Q6INInsCE56tmzJ8ogPHULF5CONWjQQOG8QKZDOMS+Y3/ZFhM4UpZ8CcQ85ErEPN6yU0MOFeMXeQBN169fP2fOnGRzR44ccSvDo5z//e/FF18kxqVICKD9LhCwogBSHOJdeyLCWtguw4YNe/3111kmmoj9n4AGgtDrgMyWeJw0sk6dOkTuZDcsXrdYFTMmTieyxvggHbIkdnHbtm3TpUu3YsUKthWZBOo5deoUuStibdOmzfPPP09bNMRmREz64lNPLwiiqCQPnzJlCtt26tSpxKmAAJ/YH/0hXGIkZqLPvIhl79y5QyhFcwVdn332GakW82FikyZNQlVsEawiDXEDHC/SCyYG56VLl8aPH79p0yZyl86dO6N4kjv/qDcIhF4HZFvIkfOrBBgQmFKPAqZPn876iSOrV6+OgBAH57pXr176Ua2yaPYdGSlCgS5dujQCesH5/9GnT58me6ITUiqMACo8f/48OQfZAFf2ZtmyZUkpaIsBSZ06NfUk6syhVq1aJIZ0Ts6s76URJZ0fcv62G4eVDlEqJ4CZ0BA2BE36TSUH9N5772U3wIlS2SJEuk8//TQ5B3ki+6ZD9B+ATwhCrwMkO27cuHvuuYe5zpgxg7Revy/DT6CYPn36TJs2Dam97PyknZ3LmtnLbED4O3XqlCZNGqTGaslLkQiV+EA46YQ1E++jUfrBvHAyOCVIEyGSQjMifdpn2JkzZ+YU6usVTMqbb76J/jzzc+Ic0mA9NMSIIW5GgdbHr+Tw+BiycWjQuHFjzR8XReZMRoIfpgm32CjmJxKC0OsAYGTOnDnj/hEL4OzrT86wZ9mVCGX58uXs3K5du3IXSwI/+iOPwxSsWbMGMWGI2YOKcJAgkqI5msifPz9JHA4f4WJArl27hj5oiJgYBZMNsGMYum7dumHZMEeLFy+eOHHirVu38DdoKFu2bPoTCTQhvaAtWyQ8PBxFkvGNHTsWE8qhYRXyBBhYfG+qVKlkl+DnVsI9gZAoOvAB61SkgZXv3bs353fPnj047ZYtW+IJYnwgceLEidGjRx88eBA2JCjnyf7FanXv3h2Dxv7FM9PD3Z5/4Hv37t2LyLQV0C66xKbjgTk0+jmxgVsYKLY5B5EgDdvFkbI/18LQI0aMoBLDhehVGUIkhQ6AhOgt+AElSU8G741oICP/ygQiwA5tAxmo8VIhQhLpwOBeEoRoIwRordO9WjE4jB6o0l9Agnj8hSV+3QKycoAau2s14hENxOzmCRWSWgcp8EeKDpIfKTpIfqToIPmRooPkR4oOkh8pOkh+pOggufHbb/8Hi3GJkDfCeqIAAAAASUVORK5CYII= |

|  |
| --- |
| فرم درخواست راه‏اندازي نظام ثبت بيماري‏هادانشگاه علوم پزشکي مشهدکمیته ثبت بیماری ها و پیامد های سلامت  |
| **عنوان برنامه ثبت:** **عنوان ثبت به انگليسي:**  |
| **نام و نام خانوادگي مجري طرف قرارداد:**  |

**تهيه شده براساس :
فرم درخواست راه اندازي نظام ثبت بيماري هاي وزارت بهداشت**

**نشاني پستي: مشهد مقدس، خيابان دانشگاه، ساختمان قريشي- معاونت پژوهش و فناوري دانشگاه علوم پزشکي مشهد.
شماره تماس: 38411538-051 شماره نمابر: 38430249-051 پست الکترونيک :** **vcresearch@mums.ac.ir**

|  |
| --- |
| بخش اول: شناسنامه و مشخصات مسوولين ثبت |
| 1 | **آیا طرح پایان نامه دانشجویی می باشد:** بله□ خیر□ |
| 2 | **مدت زمان اجرا:** ماه |
| 3 | **نوع مطالعه:** مقطعی □ راه اندازی یک روش یا سیستم اجرایی □ |
| 4 | **محل اجرا** : |
| 5 | **مسیر بررسی پیشنهادی: معاونت پژوهش و فناوری** |
| 6 | **مشخصات ساير اعضا:**  |
|

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **رديف** | **نام و نام خانوادگي** | **تخصص/درجه علمي** | **نوع همکاري** | **امضا** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

 |

|  |
| --- |
| بخش دوم: مشخصات اولیه ثبت |
| 1 | **چکیده طرح: (حداقل 250 کلمه):** |
| 2 | **کلید واژه(فارسی):** |
| 3 | **کلید واژه(انگلیسی):** |
| 4 | **بيان مسئله و ضرورت اجراي ثبت:**  |
| 5 | **بررسی متون و سابقه اجرای ثبت:** |
| 6 | **اهداف اصلي ثبت:**  |
| 7 | **سئوال اصلی پژوهش:** |
| 8 | **فرم رضایت آگاهانه:** دارد □ ندارد□ |
| 9 | **روش اجراء ثبت، جمع‏آوري و تجزيه تحليل و ارزيابي کيفيت اطلاعات:**  |
| 10 | **فهرست منابعي كه در بررسي متون استفاده شده است:**  |
| 11 | **حجم نمونه اولیه:** (بر اساس متوسط تعداد بیماران در سال) |
| 12 | **معيارهاي ورود :**  |
| 13 | **معيارهاي خروج :**  |
| 14 | **بستر اجراي مطالعه و مکانهاي جمع آوري اطلاعات:**  |
| **بخش سوم: مشخصات اصلی ثبت** |
| 1 | **نوع ثبت:** بیماری یا عارضه □ مواجهه خاص □ خدمات بهداشتی درمانی □ سایر پیامد های سلامت □ |
| 2 | **گستره جغرافيايي ثبت:** ملی □ منطقه ای □ بیمارستانی □ |
| 3 | **تعريف بيماري (يا رويداد بهداشتي) :** |
| 4 | **تعداد دفعات پيگيري بيماران در سال:**  |
| 5 | **مشخصات ابزار جمع‏آوري اطلاعات و نحوه جمع‏آوري آن:** سامانه □ چک لیست □ پرونده های بیمار□سایر: ....................... |
| 6 | **مشكلات اجرايي در انجام ثبت و روش حل مشكلات:**  |

|  |
| --- |
| بخش چهارم: اطلاعات مربوط به هزينه‏هاي ثبت |
|

|  |
| --- |
| **جدول تفکيکي بودجه طرح (پيش از تکميل جداول، آيين نامه نحوه تدوين و پذيرش بودجههاي پيشنهادي در طرح هاي پژوهشي را در آدرس** [**http://v-research.mums.ac.ir/index.php/modiriat/rules**](http://v-research.mums.ac.ir/index.php/modiriat/rules) **مطالعه فرماييد)** |
| **نوع هزينه** | **مبلغ کل (ريال)** | **مبلغ درخواستي از معاونت پژوهشي (ريال)**  | **مبلغ مشارکت (ريال)**  |
| پرداخت حق الزحمه نيروي انساني |  | 0 |  |
| خريد خدمت و آزمايشات |  | 0 |  |
| خريد دستگاه و تجهيزات غيرمصرفي |  | 0 |  |
| خريد لوازم و مواد مصرفي |  | 0 |  |
| ساير هزينه ها |  | 0 |  |
| جمع | 0 | 0 |  |

|  |
| --- |
| **هزينه پرسنلي با ذكر دقيق نوع فعاليت** |
| **نوع فعاليت** | **مرتبه علمي (کاردان ...)** | **ساعات لازم** | **هزينه هرساعت (ريال)** | **جمع (ريال)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **هزينه آزمايشات و خدمات تخصصي** |
| **موضوع آزمايش يا خدمات تخصصي** | **تعداد دفعات** | **هزينه هر دفعه (ريال)** | **جمع (ريال)** |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **فهرست وسايل و مواد مورد نياز**  |
| **نام دستگاه يا مواد** | **مصرفي/ غيرمصرفي** | **واحد وسيله** | **تعداد** | **قيمت واحد (ريال)** | **جمع (ريال)** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **ساير هزينه ها (تايپ، تکثير، پذيرايي، هدايا، مسافرت و ......)**  |
| **موضوع هزينه** | **تعداد** | **هزينه هر دفعه/ واحد/ نوبت (ريال)** | **جمع (ريال)** |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

 |

|  |
| --- |
| بخش پنجم: ضمائم |
| 1 | **رزومه علمي مسوول اصلي ثبت**  |
| 2 | **فرم رضايت آگاهانه جهت استفاده اطلاعات در برنامه ثبت و يا نامه کميته اخلاق درصورت لزوم**  |
| 3 | **فرم اوليه مينيمم ديتا ست (پرسشنامه)**  |
| 4 | **فرم تکميل شده صورت جلسه گروه با امضاي اعضضاي کميته راهبردي و مدير گروه**  |
| 5 | **تفاهم نامه انتشار و اشتراک گذاري داده هاي ثبت**  |

* تاييد مي کنم شفافيت (transparency)، آداب (ethics) و رفتار جوانمردانه (fairness) در پيشنهاد اين پژوهش رعايت شده است.
* تاييد مي کنم ايده اين پژوهش مربوط به اين تيم پژوهشي بوده و مطالب فوق را با رعايت اصول اخلاق در پژوهش و نگارش، نوشته ايم.
* تاييد مي کنم تمامي مجريان متن را مطالعه، نقد و نسخه نهايي را تاييد کرده اند.
* تاييد مي کنم نام همه افرادي که به نوعي در ايده، تهيه طرح پيشنهادي و اجراي آن در آينده دخالت داشته اند (هيات علمي يا دانشجو) ذکر شده است.
* تاييد مي کنم اين پژوهش انجام نشده و در حال انجام نيست و ماداميکه ارزيابي علمي و اخلاقي تمام نشده، کار عملي آنرا آغاز نمي کنيم.
* تاييد مي کنم در نگارش اين طرح از ترمينواوژي صحيح و استاندارد در حيطه پژوهشي مربوطه و دستوالعملهاي معتبر استفاده شده است.
* تاييد مي کنم مطالب را خلاصه (جامع و مانع) و حداکثر تعداد کلمات در هربخش را دقيقا رعايت کرده ام.
* تاييد مي کنم از فرمت و قلم مناسب (عمدتا نازنين 12) استفاده شده است.

ضمايم:

* تاييد مي کنم چک ليست اخلاق پژوهش تکميل و ضميمه است.
* تاييد مي کنم در صورت وجود آزمودني انساني و نياز، فرم رضايت آگاهانه به زبان آزمودني تکميل و ضميمه شده است.

**محرمانگي:**

* تاييد مي کنم اطلاعات هويتي بيماران به صورت محرمانه بايگاني خواهد شد.
* تاييد مي کنم مالکيت معنوي داده ها متعلق به مسئول اصلي رجيستري و اعضاي کميته راهبردي و در سطح بالاتر، معاونت پژوهشي دانشگاه علوم پزشکي مشهد خواهد بود.
* تاييد مي کنم اطلاعات جمع آوري شده بر اساس دستورالعمل هاي مدون در اختيار محققين مختلف قرار خواهد گرفت و ساز و کار لازم براي آنها تدوين خواهد شد.
* تاييد مي کنم درخواست اطلاعات شخصي بيماران براي استفاده در تحقيقات بايد با توجيه دقيق آن و تعهد به رعايت دستورالعمل هاي محرمانگي داده ها همراه باشد.
* تاييد مي کنم براي آنکه هر يک از عوامل ثبت در گزارش ها و مقالات منتشر شده از ثبت به عنوان نويسنده مشارکت کننده لازم است بر اساس راهنماي اخلاق در انتشارات وزارت بهداشت، تمام نويسندگان شرايط نويسندگي را داشته باشند. درغير اينصورت صرف تقدير و تشکر از ثبت کافي خواهد بود. لازم است اين موضوع در دستورالعمل برنامه ثبت تصريح شده و به اطلاع متقاضيان اطلاعات برسد.

**نام و نام خانوادگي و امضاي مسوول اصلي ثبت:
(امضا به منزله تاييد محتوا، تاييد موارد فوق و پذيرش مسووليت قانوني آن است)**