



برنامه سلامت سالمندی بوشهر

فرم درخواست همکاری

لطفاً فرم را به صورت چاپی پر کرده و سپس تصویر اسکن شده آن را از طریق وب سایت، منوی "ارسال فرم درخواست همکاری"، و یا از طریق ایمیل ارسال نمایید.

اطلاعات فردی

نام خانوادگی:

نام:

وابستگی سازمانی:

نوع وابستگی سازمانی: دانشجو هیأت علمی محقق غیر هیأت علمی

کارشناسی ارشد دکتری تخصصی (PhD) پزشکی عمومی دستیار سایر

مرتبه علمی:

پست الکترونیک:

شماره تماس:

نوع همکاری درخواستی

انواع همکاری: کارشناسی ارشد دکتری تخصصی (PhD) پزشکی عمومی دستیار سایر

مقطع: پایان نامه غیر پایان نامه

اجرای طرح تحقیقاتی: مقطع

عنوان طرح تحقیقاتی:

وضعیت طرح تحقیقاتی: مصوب در حال تصویب

همکاران اصلی طرح:

ردیف	نام و نام خانودگی	وابستگی سازمانی	مرتبه علمی	نوع مشارکت در طرح
۱				
۲				
۳				
۴				
۵				

Phase I

داده های مورد نیاز جهت اجرای طرح:

- | | |
|--|---|
| <p>Demographic</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Personal information (name, nickname, surname) <input type="checkbox"/> National identification number <input type="checkbox"/> Age and sex <input type="checkbox"/> Marital status <input type="checkbox"/> Contact information <p>Socioeconomic</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Employment status <input type="checkbox"/> Education level <input type="checkbox"/> Insurance <input type="checkbox"/> Family income <input type="checkbox"/> Family assets <input type="checkbox"/> Residence status <p>Cardiovascular risk factors and medical history</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Smoking status and history <input type="checkbox"/> Physical activity <input type="checkbox"/> Menstrual and menopause history <input type="checkbox"/> Blood pressure history <input type="checkbox"/> Diabetes history <input type="checkbox"/> Lipid profile history <input type="checkbox"/> Ischaemia and myocardial infarction history <input type="checkbox"/> Weakness, impaired sensation and stroke history <input type="checkbox"/> Rose and claudication history <input type="checkbox"/> Heart failure history | <p>Drug history</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Administered by physician <input type="checkbox"/> Over the counter drugs <input type="checkbox"/> Supplements <p>Physical examination</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Arterial blood pressure <input type="checkbox"/> Weight in kg <input type="checkbox"/> Height in cm <input type="checkbox"/> Waist circumference in cm <input type="checkbox"/> Hip circumference in cm <p>Laboratory tests</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> CBC <input type="checkbox"/> Fasting blood sugar <input type="checkbox"/> Lipid profile (total cholesterol, LDL-C, HDL-C, triglyceride) <p>Procedures</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Electrocardiography <input type="checkbox"/> Echocardiography |
|--|---|

Phase II

Socio-demographic Data	<input type="checkbox"/> Personal information <input type="checkbox"/> National identification number <input type="checkbox"/> Age and sex <input type="checkbox"/> Marital status <input type="checkbox"/> Contact information	General Health & Medical history	<input type="checkbox"/> Quality of life <input type="checkbox"/> Medical history <input type="checkbox"/> Musculoskeletal status (current and history) <input type="checkbox"/> Women's Health
Lifestyle factors	<input type="checkbox"/> Smoking (current and history) <input type="checkbox"/> Alcohol consumption <input type="checkbox"/> Drug abuse <input type="checkbox"/> Physical activity <input type="checkbox"/> Nutritional assessment	Mental & Functional Health	<input type="checkbox"/> Cognitive Function <input type="checkbox"/> Depression <input type="checkbox"/> Functional assessment <input type="checkbox"/> Activities of Daily Living
		Medication use	<input type="checkbox"/> Administrated by physician <input type="checkbox"/> Over the counter drugs <input type="checkbox"/> Supplements
Anthropometric measures	<input type="checkbox"/> Height and weight <input type="checkbox"/> Waist circumference <input type="checkbox"/> Hip circumference <input type="checkbox"/> Neck circumference <input type="checkbox"/> Upper arm circumference <input type="checkbox"/> Forearm circumference <input type="checkbox"/> Mid-thigh circumference <input type="checkbox"/> Calf circumference	Performance-base d tests	<input type="checkbox"/> Short Physical Performance Battery (SPPB) <input type="checkbox"/> Walking 4.57 meters at usual gait speed
		Muscle strength	<input type="checkbox"/> Grip strength
		Body composition measurments	<input type="checkbox"/> Fat mass <input type="checkbox"/> Muscle mass <input type="checkbox"/> Bone mineral density
Blood tests	<input type="checkbox"/> CBC <input type="checkbox"/> Fasting blood sugar <input type="checkbox"/> Lipid profile (total cholesterol, LDL-C, HDL-C, triglyceride) <input type="checkbox"/> Calcium <input type="checkbox"/> phosphorus <input type="checkbox"/> ALK-p <input type="checkbox"/> Urea <input type="checkbox"/> Creatinin <input type="checkbox"/> Uric Acid <input type="checkbox"/> HbA1C		

توضیحات:

لطفاً فرم را به صورت چاپی پر کرده و سپس تصویر اسکن شده آن را از طریق وب سایت، منوی "ارسال فرم درخواست همکاری"، و یا از طریق ایمیل به آدرس زیر ارسال نمایید.
پس از بررسی درخواست در کمیته راهبری، نتیجه به اطلاع شما خواهد رسید.
در صورت نیاز شما می توانید از طریق وب سایت در بخش "تماس با ما" پرسش های خود را ارسال نمایید.