

باسمه تعالی

فراخوان همکاری درباره بیماری کرونا

قابل توجه علاقمندان به همکاری بالینی/ پژوهشی درباره بیماری کرونا بویژه دستیاران و متخصصان طب و داروسازی سنتی و مکمل

از آغازین روزهای گسترش ویروس کرونا در کشور چین و به ویژه ورود بیماری به کشور عزیزمان، دفتر طب ایرانی و مکمل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بر پایه وظایف ساختاری و سازمانی خود نسبت به رصد اوضاع و تشکیل بی درنگ ستاد کرونا اقدام کرد. در این مرحله این دفتر در نظر دارد در دو محور نسبت به فراخوان علاقمندان و صاحبنظران اقدام نماید:

محور اول: دریافت ایده ها، پیشنهادها و پروپوزالهای پژوهشی درباره پیشگیری، تشخیص، درمان و بازتوانی بیماران مرتبط با کرونا در حیطه های علوم پایه، بالینی، پاراکلینیک و ... برای ایجاد بانک اطلاعاتی در این زمینه به نام خود افراد

محور دوم: شناسایی داوطلبان خدمت رسانی بالینی به بیماران

بدیهی است ارسال نظر به منزله تایید آن نمی باشد. تقدم زمانی ارسال ایده مکتوب (بر اساس وصول به ایمیل ستاد) و پذیرش آن توسط کمیته علمی، برای ایده‌دهنده حق مالکیت معنوی ایجاد می‌کند.‌

از متقاضیان درخواست می شود نسبت به پر کردن فرم شماره 1 برای شرکت در محور اول و فرم شماره دو برای اعلام حضور در محور دوم و ارسال فرم مربوطه به هر دو ایمیل persianmedicine@behdasht.gov.ir و irancam.corona@gmail.com اقدام فرمایند.



فرم شماره 1

فراخوان ارسال ایده ها، پیشنهادها و پروپوزالهای پژوهشی درباره کرونا

نام و نام خانوادگی پیشنهاد دهنده: کد ملی:

تلفن ثابت: تلفن همراه: ایمیل:

آدرس:

عنوان ایده:

کاربرد ایده: 🞏 پیشگیری 🞏 تشخیص 🞏 درمان 🞏 بازتوانی 🞏 سایر: .........

نوع ایده: 🞏 تغذیه 🞏 دارو 🞏 دستکاری ها و اعمال یداوی 🞏 سبک زندگی 🞏 سایر: .......

شرح ایده:

محتویات دارو / شیوه تغذیه / شیوه دستکاری:

شیوه مصرف /اجرا ( به عنوان مثال: دم کرده، جوشانده، بخور، .../ماساژ موضعی، بادکش نقطه، ...):

دوز مصرف/ تعداد دفعات اجرا (در روز، در هفته ...):

مستندات علمی (آدرس کامل مقالات مستقیم پژوهشگر یا سایر مقالات مرتبط در صورت وجود):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

این قسمت توسط کمیته داوران پر می شود: نام و نام خانوادگی داور:

**نظر داور:** 🞏 مردود 🞏 پذیرفته معمولی 🞏 پذیرفته عالی 🞏 پذیرفته مشروط. شرط پذیرش:...................................................................... امضای داور:

نظر نهایی کمیته: 🞏 مردود 🞏 پذیرفته معمولی 🞏 پذیرفته عالی 🞏 پذیرفته مشروط. شرط پذیرش:......................................................................

امضای اعضای کمیته:



فرم شماره 2

فراخوان شناسایی داوطلبان خدمت رسانی بالینی به بیماران کرونا

نام و نام خانوادگی داوطلب: کد ملی:

تلفن ثابت: تلفن همراه: ایمیل:

تلفن ثابت یکی از بستگان درجه اول: تلفن همراه یکی از بستگان درجه اول:

آدرس:

تحصیلات: تخصص: سن: تاهل: 🞏 مجرد 🞏 متاهل

وضعیت علمی:

🞏 عضو هیات علمی (🞏 مربی 🞏 استاد یار 🞏 دانشیار 🞏 استاد )

🞏 فارغ التحصیل دکترای تخصصی 🞏 دستیار پیش از آزمون جامع 🞏 دستیار پس از آزمون جامع

🞏 پزشک عمومی دوره دیده (درباره طب ایرانی) 🞏 پزشک عمومی دوره دیده (درباره سایر طب های مکمل) رشته: ........ 🞏 پزشک عمومی دوره ندیده 🞏 ماما/پرستار دوره دیده (درباره طب ایرانی) 🞏 ماما/پرستار دوره دیده (درباره سایر طب های مکمل) رشته: ........ 🞏 ماما/پرستار دوره ندیده 🞏 سایر:.........

شهر یا استانی که تمایل دارید در آن به ارائه خدمت بپردازید: 🞏استان:...................... شهر................... 🞏 فرقی نمی کند.

وضعیت تندرستی: 🞏 کاملا سالم 🞏 بیمار تنفسی 🞏 دیابتی 🞏 بیمار قلبی، عروقی 🞏 بهبود یافته از کرونا 🞏 سایر: ............

توضیحات در صورت لزوم:

میزانی که می توانید برای این موضوع وقت بگذارید: (روز در هفته / ساعت در روز )

شیوه همکاری: 🞏 کاملا رایگان 🞏 در قبال دریافت دستمزد 🞏 فرقی نمی کند 🞏 سایر:.........

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

این قسمت توسط کمیته داوران پر می شود:

نام و نام خانوادگی داور:

**نظر داور:** 🞏 مردود 🞏 پذیرفته معمولی 🞏 پذیرفته عالی 🞏 پذیرفته مشروط. شرط پذیرش:...................................................................... امضای داور:

نظر نهایی کمیته: 🞏 مردود 🞏 پذیرفته معمولی 🞏 پذیرفته عالی 🞏 پذیرفته مشروط. شرط پذیرش:......................................................................

امضای اعضای کمیته: