

بسمه تعالی  
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی  
معاونت آموزشی  
مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی

## پروپوزال طرح نوآورانه آموزشی

محل خدمت:

نام و نام خانوادگی:

تلفن:

آدرس الکترونیک:

### بخش اول: اطلاعات کلی

(۱) عنوان فارسی:

(۲) حیطة نوآوری:

- تدوین و بازنگری برنامه‌های آموزشی
- یاددهی و یادگیری
- ارزشیابی آموزشی (دانشجو، هیأت علمی و برنامه)
- مدیریت و رهبری آموزشی
- یادگیری الکترونیکی
- طراحی و تولید محصولات آموزشی

(۳) سطح نوآوری:

- در سطح گروه آموزشی برای اولین بار انجام می‌گیرد
- در سطح دانشکده برای اولین بار انجام می‌گیرد
- در سطح دانشگاه برای اولین بار انجام می‌گیرد
- در سطح کشور برای اولین بار انجام می‌گیرد

(۴) خلاصه ضرورت اجرا:

(۵) خلاصه روش اجرا:

(۶) کلمات کلیدی: (حداکثر ۵ کلمه)

(۷) جدول خلاصه هزینه‌ها:

ریال	هزینه مسافرت	ریال	هزینه پرسنلی
ریال	هزینه مواد غیرمصرفی	ریال	هزینه مواد و وسایل مصرفی
ریال	جمع کل		

### بخش دوم: جزئیات طرح

**۸) توصیف مشکل آموزشی و ضرورت اجرای طرح:** (بیان دقیق مشکل و ابعاد آن و تأثیرات نامطلوب آن بر آموزش، مرور شواهد آموزشی خارجی و داخلی در موقعیت‌های مشابه، ضرورت انجام طرح با ذکر رفرانس)

**۹) هدف اصلی:**

**۱۰) اهداف اختصاصی:**

**۱۱) اهداف کاربردی:**

**۱۲) توصیف مداخله مورد نظر:** (توصیف مداخله مثلا مراحل PBL ماستریخی، یا گام‌های مدل برنامه‌ریزی درسی هاردن و ...)

**۱۳) روش اجرای طرح:**

**۱۴) توصیف شیوه ارزشیابی مداخله آموزشی:**

ارزشیابی فرایند مداخله انجام شده:

ارزشیابی پیامدهای حاصل از مداخله: (بر اساس مدل کرک پاتریک<sup>۱</sup>)

رضایت:

یادگیری:

<sup>۱</sup> توجه داشته باشید که لازم نیست که ارزشیابی پیامدها در کلیه سطوح کرک پاتریک (واکنش، یادگیری، انتقال و تاثیر) صورت گیرد و هر تعداد از سطوحی که بر اساس نظر مجریان امکان پذیر باشد قابل قبول است. طبیعتا سطوح بالاتر به دلیل شواهد بالاتری که تولید می‌کنند از ارزش بیشتری برخوردار هستند.

<sup>۲</sup> استفاده از مدل کرک پاتریک الزامی نیست و در صورت تمایل می‌توانید از مدل دیگری برای ارزشیابی پیامدها استفاده کنید.

انتقال:

تأثیر:

### ۱۵) محدودیت‌های اجرایی و شیوه‌های کنترل آنها:

### ۱۶) ملاحظات اخلاقی:

### ۱۷) رفرانس‌ها: (بر اساس یکی از مدل‌های رفرانس‌نویسی معتبر)

### ۱۸) جدول زمان بندی مراحل اجرای طرح: (ردیف و ماه قابل افزایش)

ردیف	فعالیت‌های اجرایی	زمان کل	زمان بر حسب ماه															
			۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲				

توجه: زمان طراحی پیش نویس طرح و تکمیل این فرم جزو زمان اجرای طرح محسوب نمی‌شود.

### ۱۹) جدول هزینه‌ها:

هزینه پرسنلی: با ذکر مشخصات کامل و میزان اشتغال هر فرد و حق الزحمه آنها (ردیف قابل افزایش)

نوع فعالیت	نام فرد یا افراد	رتبه علمی	تعداد افراد	کل رقم حق الزحمه برای یک نفر	جمع کل
				جمع هزینه پرسنلی	ریال

وسایل غیرمصرفی: (ردیف قابل افزایش)

نام وسیله	تعداد لازم	قیمت واحد	قیمت کل
		جمع هزینه غیرمصرفی	ریال

مواد مصرفی: (ردیف قابل افزایش)

نام ماده	تعداد/مقدار لازم	قیمت واحد	قیمت کل
جمع هزینه مصرفی			ریال

هزینه سفر: (ردیف قابل افزایش)

مبدا- مقصد	تعداد مسافرت در مدت اجرای طرح و منظور آن	نوع وسیله نقلیه	تعداد افراد	هزینه به ریال
جمع هزینه سفر				ریال

جدول خلاصه هزینه‌ها

هزینه پرسنلی	ریال	هزینه سفر	ریال
هزینه مواد و وسایل مصرفی <th>ریال</th> <td>هزینه مواد غیر مصرفی</td> <th>ریال</th>	ریال	هزینه مواد غیر مصرفی	ریال
جمع کل			ریال

## ۲۰) مشخصات مجریان و همکاران طرح

• مشخصات رابط طرح (رابط طرح کسی است که به نمایندگی از تیم مجری کلیه امور این پروپوزال را تا تصویب پیگیری می‌نماید).

نام و نام خانوادگی	شغل	محل خدمت	نام و نام خانوادگی
کد ملی <td>ایمیل <td>شماره تلفن همراه <td>شماره تلفن محل خدمت </td></td></td>	ایمیل <td>شماره تلفن همراه <td>شماره تلفن محل خدمت </td></td>	شماره تلفن همراه <td>شماره تلفن محل خدمت </td>	شماره تلفن محل خدمت
نوع همکاری	رتبه علمی	نوع همکاری (مجری/همکار)	رتبه علمی
شماره تماس ضروری	نشانی محل خدمت		

• مشخصات سایر همکاران (ردیف قابل افزایش)

نام و نام خانوادگی	کد ملی	شغل (هیأت علمی/غیر هیأت علمی)	رتبه علمی	نوع همکاری (مجری/همکار)	ایمیل	شماره تلفن همراه
					@	

نکته: لطفاً دقت کنید که ایمیل کلیه همکاران صحیح نوشته شود چرا که برای تأیید همکاری ایشان ایمیلی ارسال می‌شود که لازم است مراتب همکاری خود را در آن ایمیل اعلام نمایند.

## ۲۱) چک لیست خودارزیابی پروپوزال طرح‌های نوآورانه آموزشی

لازم است رابط قبل از ارسال طرح از طریق سامانه فعالیت‌های نوآورانه، این چک لیست را به صورت خودارزیابی تکمیل نموده و از مثبت بودن پاسخ به کلیه سوالات مندرج در آن اطمینان حاصل کند.

ردیف	موضوع	بلی	خیر
۱	عنوان طرح مرتبط با آموزش پزشکی است و مناسب است	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
۲	خلاصه ضرورت اجرا بخوبی تبیین شده و قانع کننده است	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
۳	خلاصه روش اجرا با جزئیات کافی بیان شده است	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
۴	بیان مساله حاوی توضیحات قانع کننده و مستدل در مورد علت اجرای طرح (ضرورت انجام طرح) می باشد	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
۵	مرور متون حاوی اطلاعات لازم و مستند برای نشان دادن این که سودمندی موضوع طرح قبلا اثبات شده است می باشد	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
۶	اهداف اصلی و اختصاصی به صورت مناسب نوشته شده اند و با روش اجرا قابل دسترسی هستند	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
۷	مداخله پیشنهاد شده برای دستیابی به اهداف طرح مناسب است و دارای پشتوانه علمی کافی است.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
۸	روش اجرای طرح به درستی تبیین شده است و حاوی جزئیات لازم می باشد.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
۹	نحوه ارزشیابی طرح متناسب با اهداف و روش مندی مورد نظر است و با جزئیات بیان شده است.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
۱۰	ملاحظات اخلاقی طرح به درستی تبیین شده است	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
۱۱	محدودیت‌های طرح به خوبی تبیین شده و راهکارهای مناسب برای مدیریت آنها ارائه شده است	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
۱۲	رفرانس‌ها به درستی نوشته شده و در ارتباط با موضوع طرح می باشند.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
۱۳	زمان بندی متناسب با اجرا در نظر گرفته شده است	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
۱۴	بودجه طرح منطقی و مناسب است	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

اینجانب ..... به نمایندگی از طرف تیم پروپوزال  
 ..... مسئولیت صحت اطلاعات مندرج از جمله کامل بودن چک  
 لیست خودارزیابی را بر عهده می گیرم.

تاریخ:

امضا:

نام و نام خانوادگی:

### توجه:

۱. پس از ارسال فایل تکمیل شده به EDC، جهت تعیین وقت مشاوره با شما تماس گرفته خواهد شد.
۲. در صورت بروز مشکل و سوال با شماره تلفن ۲۲۴۳۹۹۱۹ - خانم مژنونی تماس حاصل فرمایید.