بسمه تعالی

**وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی**

**معاونت آموزشی**

**مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی**

پروپوزال طرح نوآورانه آموزشی

نام و نام خانوادگی: محل خدمت:

آدرس الکترونیک: تلفن:

**بخش اول: اطلاعات کلی**

1. **عنوان فارسی:**
2. **حیطه 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

1. **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

1. **خلاصه ضرورت اجرا:**
2. **خلاصه روش اجرا:**
3. **کلمات کلیدی:** (حداکثر 5 کلمه)
4. **جدول خلاصه هزينه­ها:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| هزينه پرسنلي | ريال | هزينه مسافرت | ريال |
| هزينه مواد و وسايل مصرفي | ريال | هزينه مواد غيرمصرفي | ريال |
|  |  | **جمع كل** | ريال |

**بخش دوم: جزییات طرح**

1. **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)

1. **هدف اصلی:**

1. **اهداف اختصاصی:**
2. **اهداف کاربردی:**
3. **توصیف مداخله مورد نظر:** (توصیف مداخله مثلا مراحل PBL ماستریخی، یا گام­های مدل برنامه­ریزی درسی هاردن و ...)
4. **روش اجرای طرح:**
5. **توصیف شیوه ارزشیابی مداخله آموزشی:**

**ارزشیابی فرایند مداخله انجام شده:**

**ارزشیابی پیامدهای حاصل از مداخله: (بر اساس مدل کرک پاتریک[[1]](#footnote-1)و[[2]](#footnote-2))**

**رضایت:**

**یادگیری:**

**انتقال:**

**تأثیر:**

1. **محدودیت­های اجرایی و شیوه­های کنترل آنها:**
2. **ملاحظات اخلاقی:**
3. **رفرانس­ها:** (بر اساس یکی از مدل­های رفرانس­نویسی معتبر)
4. **جدول زمان بندي مراحل اجراي طرح:** (ردیف و ماه قابل افزایش)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **رديف** | **فعاليت­هاي اجرایي** | **زمان كل** | **زمان بر حسب ماه** | | | | | | | | | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

توجه: زمان طراحي پيش نويس طرح و تكميل اين فرم جزو زمان اجراي طرح محسوب نمي­شود.

1. **جدول هزینه­ها:**

هزينه پرسنلي: با ذكر مشخصات كامل و ميزان اشتغال هر فرد و حق الزحمه آنها (ردیف قابل افزایش)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **نوع فعاليت** | **نام فرد يا افراد** | **رتبه علمي** | **تعداد افراد** | **كل رقم حق الزحمه براي يك نفر** | **جمع كل** |
|  |  |  |  |  |  |
| **جمع هزینه پرسنلی** | | | | | ریال |

وسايل غيرمصرفي: (ردیف قابل افزایش)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **نام وسیله** | **تعداد لازم** | **قيمت واحد** | **قيمت كل** |
|  |  |  |  |
| **جمع هزینه غیرمصرفی** | | | ریال |

مواد مصرفي: (ردیف قابل افزایش)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **نام ماده** | **تعداد/مقدار لازم** | **قيمت واحد** | **قيمت كل** |
|  |  |  |  |
| **جمع هزینه مصرفی** | | | ریال |

هزينه سفر: (ردیف قابل افزایش)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **مبدا- مقصد** | **تعداد مسافرت در مدت اجراي طرح و منظور آن** | **نوع وسيله نقليه** | **تعداد افراد** | **هزينه به ريال** |
|  |  |  |  |  |
| **جمع هزينه سفر** | | | | ريال |

جدول خلاصه هزينه­ها

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| هزينه پرسنلي | ريال | هزينه سفر | ريال |
| هزينه مواد و وسايل مصرفي | ريال | هزينه مواد غيرمصرفي | ريال |
| **جمع كل** | | | ريال |

1. **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** | ⃝ هیأت علمی  ⃝ غیرهیأت علمی | **محل خدمت** |  |
| **کد ملی** |  | **ایمیل** | @ | **شماره تلفن همراه** |  |
| **نوع همكاري** | ⃝ مجری  ⃝ همکار | **رتبه علمی** |  | **شماره تلفن محل خدمت** |  |
| **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 همكاري (مجری/همکار)** | **ایمیل** | **شماره تلفن همراه** |
|  |  |  |  |  | @ |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

نکته: لطفا 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.

1. **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 |
| 1 | عنوان طرح مرتبط با آموزش پزشکی است و مناسب است | ⃝ | ⃝ |
| 2 | خلاصه ضرورت اجرا بخوبی تبیین شده و قانع کننده است | ⃝ | ⃝ |
| 3 | خلاصه روش اجرا با جزئیات کافی بیان شده است | ⃝ | ⃝ |
| 4 | بیان مساله حاوی توضیحات قانع کننده و مستدل در مورد علت اجرای طرح (ضرورت انجام طرح) می­باشد | ⃝ | ⃝ |
| 5 | مرور متون حاوی اطلاعات لازم و مستند برای نشان دادن این که سودمندی موضوع طرح قبلا اثبات شده است می­باشد | ⃝ | ⃝ |
| 6 | اهداف اصلی و اختصاصی به صورت مناسب نوشته شده­اند و با روش اجرا قابل دسترسی هستند | ⃝ | ⃝ |
| 7 | مداخله پیشنهاد شده برای دستیابی به اهداف طرح مناسب است و دارای پشتوانه علمی کافی است. | ⃝ | ⃝ |
| 8 | روش اجرای طرح به درستی تبیین شده است و حاوی جزییات لازم می­باشد. | ⃝ | ⃝ |
| 9 | نحوه ارزشیابی طرح متناسب با اهداف و روش­مندی مورد نظر است و با جزییات بیان شده است. | ⃝ | ⃝ |
| 10 | ملاحظات اخلاقی طرح به درستی تبیین شده است | ⃝ | ⃝ |
| 11 | محدویت­های طرح به خوبی تبیین شده و راهکارهای مناسب برای مدیریت آنها ارائه شده است | ⃝ | ⃝ |
| 12 | رفرانس­ها به درستی نوشته شده و در ارتباط با موضوع طرح می­باشند. | ⃝ | ⃝ |
| 13 | زمان­بندی متناسب با اجرا در نظر گرفته شده است | ⃝ | ⃝ |
| 14 | بودجه طرح منطقی و مناسب است | ⃝ | ⃝ |

اینجانب *.................................* به نمایندگی از طرف تیم پروپوزال *....................................................................* مسؤولیت صحت اطلاعات مندرج از جمله کامل بودن چک لیست خودارزیابی را بر عهده می­گیرم.

**نام و نام خانوادگی: امضا: تاریخ:**

**توجه:**

1. پس از ارسال فایل تکمیل شده به EDC، جهت تعیین وقت مشاوره با شما تماس گرفته خواهد شد.
2. در صورت بروز مشکل و سوال با شماره تلفن 22439919 ـ خانم مژنونی تماس حاصل فرمایید.

1. 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. [↑](#footnote-ref-1)
2. استفاده از مدل کرک پاتریک الزامی نیست و در صورت تمایل می­توانید از مدل دیگری برای ارزشیابی پیامدها استفاده کنید. [↑](#footnote-ref-2)