

# جشنواره ایده برتر

معاونت تحقیقات و فناوری

فناوری سلامت



مرکز رشد فناوری تجهیزات پزشکی و دارویی  
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی

خواهشمند است این فرم را بر اساس اطلاعات قابل استناد و موثق تکمیل فرمایید.  
اطلاعات درج شده در این فرم معیار اصلی برای ارزیابی طرح جهت پذیرش در جشنواره ایده برتر مرکز رشد فناوری تجهیزات پزشکی و توانبخشی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی خواهد بود.

## ۱- مشخصات :

نام و نام خانوادگی :  
شماره دانشجویی :  
شماره تماس : ثابت :  
پست الکترونیکی :  
آدرس :  
مقطع :  
همراه :  
رشته :

## ۲- صورت وضعیت طرح:

الف: مشخصات کلی طرح:

۱- نام طرح (فارسی / انگلیسی):

۲- ایده محوری و خلاصه طرح را تعریف نمایید:

۳- موارد کاربرد اصلی و فرعی محصول چیست؟

۴- اهداف اجرای طرح را بیان فرمایید.

۵- ضرورت اجرای طرح در کشور، میزان نیاز مصرف کنندگان نهایی و صنایع مختلف به طرح چه میزان می باشد؟

# جشنواره ایده برتر

## معاونت تحقیقات و فناوری

### فناوری سلامت



مرکز تحقیقات و فناوری سلامت  
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران

۶- پیشینه ای از طرح در کشور یا در جهان و روند توسعه آن را توضیح دهید.

ب: مشخصات فنی طرح:

۱- تاریخچه اجرای این طرح یا طرح های مشابه و قابل جایگزینی را در جهان از لحاظ فنی و فرایندی شرح دهید. جایگاه خود را در این میان و وضعیت رقابتی خود را با سایر جایگزین ها مقایسه کنید. (کیفیت، هزینه، میزان تولید، انعطاف پذیری)

۲- خلاقیت و نوآوری خاصی در طرح پیشنهادی شما (در زمینه نوع محصول یا خدمات، اصلاح محصولات موجود، روش تولید، دستیابی به منابع اولیه، بازار هدف و یا سیاست های سازماندهی و هدایت طرح) وجود دارد؟ اعضای گروه چه نقشی در ایجاد این نوآوری داشته اند؟

۳- مزایا و معایب طرح و ایده نوآورانه شما نسبت به موارد رایج در جهان بررسی شده است؟ در این صورت خلاصه نتایج آن را ذکر فرمایید.

۴- برای اجرای این طرح کدامیک از مراحل زیر را به اتمام رسانده اید؟

- تعریف ایده     برنامه ریزی     تهیه طرح کسب و کار     تکمیل فاز تحقیقاتی
- تهیه نمونه اولیه     تولید نیمه صنعتی

توضیحات:

# جشنواره ایده برتر

معاونت تحقیقات و فناوری

فناوری سلامت



مرکز ملی نوآوری تجهیزات پزشکی و دارویی  
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران

۳- سوابق قبلی در زمینه طرح ها و ایده های فناورانه :

عنوان فعالیت	کار فرما	تاریخ شروع	تاریخ پایان	مبلغ قرارداد

مشکلات و چالش ها و موانع اجرای طرح را به صورت خلاصه و تیتراژ ذکر فرمایید.

درخواست های شما از مرکز رشد:

نظرات و پیشنهادات شما در خصوص نحوه پذیرش و فرم های مرتبط را جهت بهبود روند پذیرش در این مدیریت صمیمانه خواستاریم.

نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان/امضا

تاریخ:

# جشنواره ایده برتر

معاونت تحقیقات و فناوری

فناوری سلامت



مرکز رشد فناوری تجزیهات زیستی و دارویی  
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی

این قسمت توسط واحد مدیریت فناوری سلامت و یا مرکز رشد فناوری دانشگاه تکمیل خواهد شد.

شماره طرح:

پیوست ها و ملحقات : صفحه

تاریخ ثبت نام:

تاریخ تکمیل پرونده:

تاریخ کارشناسی نهایی:

وضعیت طرح:

کلیه مدارک تکمیل شد

کارشناسی انجام شد

امتیاز تعلق گرفته به طرح توسط داوران