

پروتکل کارآزمایی بالینی مرکز ثبت کارآزمایی بالینی ایران

۱۴۰۵/۰۳/۲۰

چکیده پروتکل

هدف از مطالعه

طراحی

نحوه و محل انجام مطالعه

شرکت کنندگان/شرایط ورود و عدم ورود

گروه‌های مداخله

متغیرهای پیامد اصلی

اطلاعات عمومی

علت بروز رسانی

نام اختصاری

NMR

اطلاعات ثبت در مرکز

شماره ثبت کارآزمایی در مرکز: IRCT20190924044861N1

تاریخ تایید ثبت در مرکز: ۲۷-۰۹-۲۰۱۹، ۱۳۹۸/۰۷/۰۵

زمان بندی ثبت: retrospective

آخرین بروز رسانی: ۲۷-۰۹-۲۰۱۹، ۱۳۹۸/۰۷/۰۵

تعداد بروز رسانی‌ها: ۰

تاریخ تایید ثبت در مرکز

۲۷-۰۹-۲۰۱۹، ۱۳۹۸/۰۷/۰۵

اطلاعات تماس ثبت کننده

نام

نام سازمان / نهاد

کشور

پاکستان

تلفن

5537867 51 92+

آدرس ایمیل

kinza.anwar29@gmail.com

وضعیت بیمار گیری

بیمار گیری تمام شده

منبع مالی

تاریخ شروع بیمار گیری مورد انتظار

۲۰۱۷-۰۱-۰۵، ۱۳۹۵/۱۰/۱۶

تاریخ پایان بیمار گیری مورد انتظار

۲۰۱۷-۰۶-۱۵، ۱۳۹۶/۰۳/۲۵

تاریخ شروع بیمار گیری تحقق یافته

۲۰۱۷-۰۲-۰۷، ۱۳۹۵/۱۱/۱۹

تاریخ پایان بیمار گیری تحقق یافته

۲۰۱۷-۰۷-۲۰، ۱۳۹۶/۰۴/۲۹

تاریخ خاتمه کارآزمایی

۲۰۱۷-۰۷-۲۰، ۱۳۹۶/۰۴/۲۹

عنوان علمی کارآزمایی

عنوان عمومی کارآزمایی

هدف اصلی مطالعه

تحقیقات در سیستم ارایه خدمات سلامت

شرایط عمده ورود و عدم ورود به مطالعه

سن

از سن ۱۸ ساله تا سن ۵۵ ساله

جنسیت

هر دو

فاز مطالعه

مصادق ندارد

گروه‌های کور شده در مطالعه

• شرکت کننده

• محقق

حجم نمونه کل

حجم نمونه پیش‌بینی شده: ۷۰

حجم نمونه تحقق یافته: ۴۹

تصادفی سازی (نظر محقق)

اختصاص تصادفی به گروه‌های مداخله و کنترل

توصیف نحوه تصادفی سازی

کور سازی (به نظر محقق)

دو سوپه کور

توصیف نحوه کور سازی

دارو نما

ندارد

اختصاص به گروه‌های مطالعه

موارد دیگر

سایر مشخصات طراحی مطالعه

کد ثبت در سایر مراکز ثبت بین‌المللی

خالی

تاییدیه کمیته‌های اخلاق

1

کمیته اخلاق
نام کمیته اخلاق
آدرس خیابان
شهر
کد پستی
47311

تاریخ تایید
2016-12-29, 1395/10/09
کد کمیته اخلاق
00177

نام مرکز بیمار گیری
نام کامل فرد مسوول
آدرس خیابان
شهر
کد پستی
46060
تلفن

5481826 51 92+
ایمیل

ghafoor.sajjad@riphah.edu.pk
آدرس صفحه وب
/https://www.iimctprh.com/rehabilitation-center

بیماری‌های (موضوعات) مورد مطالعه

1

شرح
کد ICD-10
M70.8

توصیف کد ICD-10

Other soft tissue disorders related to use, overuse and pressure

متغیر پیامد اولیه

1

شرح متغیر پیامد
مقاطع زمانی اندازه‌گیری
نحوه اندازه‌گیری متغیر

متغیر پیامد ثانویه

1

شرح متغیر پیامد
مقاطع زمانی اندازه‌گیری
نحوه اندازه‌گیری متغیر

گروه‌های مداخله

1

شرح مداخله
گروه کنترل:
طبقه بندی
درمانی - غیره

2

شرح مداخله
گروه مداخله:
طبقه بندی
غیره

مراکز بیمار گیری

1

مرکز بیمار گیری

حمایت کنندگان / منابع مالی

1

حمایت کننده مالی
نام سازمان / نهاد
نام کامل فرد مسوول
آدرس خیابان
شهر
کد پستی
04406

تلفن
2891835 51 92+

ایمیل
ghafoor.sajjad@riphah.edu.pk

آدرس صفحه وب
https://www.riphah.edu.pk/faculty/ict-rehabilitation-sciences/contact

ردیف بودجه
کد بودجه
0

آیا منبع مالی همان سازمان یا نهاد حمایت کننده مالی است؟
بلی

عنوان منبع مالی
درصد تامین مالی مطالعه توسط این منبع
100

بخش عمومی یا خصوصی
خصوصی

مبدا اعتبار از داخل یا خارج کشور
داخلی

طبقه بندی منابع اعتبار خارجی
خالی

کشور مبدا
طبقه بندی موسسه تامین کننده اعتبار
دانشگاهی

فرد مسوول پاسخگویی عمومی کارآزمایی

اطلاعات تماس

نام سازمان / نهاد
نام کامل فرد مسوول
موقعیت شغلی
آخرین مدرک تحصیلی
فوق لیسانس

سایر حوزه‌های کاری/تخصص‌ها
فیزیوتراپی

آدرس خیابان
شهر
استان

فوق لیسانس
سایر حوزه‌های کاری/تخصص‌ها
فیزیوتراپی
آدرس خیابان
شهر
استان
کد پستی
44000
تلفن
5537867 51 92+
فکس
ایمیل
kinza.anwar29@gmail.com
آدرس صفحه وب
https://isb.uol.edu.pk

برنامه انتشار

فایل داده شرکت کنندگان (IPD)
بله - برنامه‌ای برای انتشار آن وجود دارد
پروتکل مطالعه
بله - برنامه‌ای برای انتشار آن وجود دارد
نقشه آنالیز آماری
بله - برنامه‌ای برای انتشار آن وجود دارد
فرم رضایتنامه آگاهانه
هنوز تصمیم نگرفته‌ام - برنامه انتشار آن هنوز مشخص نیست
گزارش مطالعه بالینی
مصادق ندارد
کدهای استفاده شده در آنالیز
مصادق ندارد
نظام دسته‌بندی داده (دیکشنری داده)
مصادق ندارد
عنوان و جزئیات بیشتر در مورد داده/مستند
بازه زمانی امکان دسترسی به داده/مستند
کسانی که اجازه دارند به داده/مستند دسترسی پیدا کنند
به چه منظور و تحت چه شرایطی داده/مستند قابل استفاده
است
برای دریافت داده/مستند به چه کسی یا کجا مراجعه شود
یک درخواست برای داده/مستند چه فرایندی را طی می‌کند
سایر توضیحات

کد پستی
44000
تلفن
5537867 51 92+
ایمیل
kinza.anwar29@gmail.com
آدرس صفحه وب
/https://isb.uol.edu.pk

فرد مسوول پاسخگویی علمی مطالعه

اطلاعات تماس
نام سازمان / نهاد
نام کامل فرد مسوول
موقعیت شغلی
آخرین مدرک تحصیلی
فوق لیسانس
سایر حوزه‌های کاری/تخصص‌ها
فیزیوتراپی
آدرس خیابان
شهر
استان
کد پستی
44000
تلفن
5537867 51 92+
فکس
ایمیل
kinza.anwar29@gmail.com
آدرس صفحه وب
https://isb.uol.edu.pk

فرد مسوول به روز رسانی اطلاعات

اطلاعات تماس
نام سازمان / نهاد
نام کامل فرد مسوول
موقعیت شغلی
آخرین مدرک تحصیلی