

# پروتکل کارآزمایی بالینی مرکز ثبت کارآزمایی بالینی ایران

۱۴۰۵/۰۳/۲۰

## چکیده پروتکل

خالی  
تاریخ پایان بیمارگیری تحقق یافته  
خالی  
تاریخ خاتمه کارآزمایی  
خالی

هدف از مطالعه  
طراحی  
نحوه و محل انجام مطالعه  
شرکت کنندگان/شرایط ورود و عدم ورود  
گروه‌های مداخله  
متغیرهای پیامد اصلی

عنوان علمی کارآزمایی

عنوان عمومی کارآزمایی  
هدف اصلی مطالعه

درمانی  
شرایط عمده ورود و عدم ورود به مطالعه  
سن  
از سن 18 ساله تا سن 35 ساله  
جنسیت  
مونث

## اطلاعات عمومی

علت بروز رسانی  
نام اختصاری  
EGMMSLSECNLBP  
اطلاعات ثبت در مرکز  
شماره ثبت کارآزمایی در مرکز: IRCT20191030045287N1  
تاریخ تأیید ثبت در مرکز: 01-12-2019, ۱۳۹۸/۰۹/۱۰  
زمان بندی ثبت: registered\_while\_recruiting

فاز مطالعه  
مصادق ندارد  
گروه‌های کور شده در مطالعه

- شرکت کننده
- ارزیابی کننده پیامد

آخرین بروز رسانی: 01-12-2019, ۱۳۹۸/۰۹/۱۰  
تعداد بروز رسانی‌ها: 0  
تاریخ تأیید ثبت در مرکز  
2019-12-01, ۱۳۹۸/۰۹/۱۰

## حجم نمونه کل

حجم نمونه پیش‌بینی شده: 18  
تصادفی سازی (نظر محقق)  
اختصاص تصادفی به گروه‌های مداخله و کنترل  
توصیف نحوه تصادفی سازی  
کور سازی (به نظر محقق)  
دو سویه کور  
توصیف نحوه کور سازی  
دارو نما  
ندارد  
اختصاص به گروه‌های مطالعه  
موازی  
سایر مشخصات طراحی مطالعه

## اطلاعات تماس ثبت کننده

نام  
nimra  
نام سازمان / نهاد  
کشور  
پاکستان  
تلفن  
8811692 41 92+  
آدرس ایمیل  
nimra.arshad@tuf.edu.pk

وضعیت بیمار گیری  
بیمار گیری تمام شده  
منبع مالی

کد ثبت در سایر مراکز ثبت بین‌المللی  
خالی

## تأییدیه کمیته‌های اخلاق

تاریخ شروع بیمار گیری مورد انتظار  
2019-12-01, ۱۳۹۸/۰۹/۱۰  
تاریخ پایان بیمار گیری مورد انتظار  
2020-01-31, ۱۳۹۸/۱۱/۱۱  
تاریخ شروع بیمارگیری تحقق یافته

نام کامل فرد مسوول  
آدرس خیابان  
شهر  
کد پستی  
38000  
تلفن  
8868326 41 92+  
ایمیل  
sidra.majeed@tuf.edu.pk

1  
کمیته اخلاق  
نام کمیته اخلاق  
آدرس خیابان  
شهر  
کد پستی  
54000

تاریخ تایید  
19-07-2019, 1398/04/28

کد کمیته اخلاق  
RCRS-RE-MS-OMPT/SPRING 19/011

2

مرکز بیمار گیری  
نام مرکز بیمار گیری  
نام کامل فرد مسوول  
آدرس خیابان  
شهر  
کد پستی  
38000  
تلفن  
8869861 41 92+  
ایمیل  
junaidazam239@yahoo.com

## بیماری‌های (موضوعات) مورد مطالعه

1

شرح  
کد ICD-10  
M54.5  
توصیف کد ICD-10  
Low back pain

## 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 مداخله:  
طبقه بندی  
توانبخشی

2

شرح مداخله  
گروه مداخله:  
طبقه بندی  
توانبخشی

## مراکز بیمار گیری

1

مرکز بیمار گیری  
نام مرکز بیمار گیری

## حمایت کنندگان / منابع مالی

1

حمایت کننده مالی  
نام سازمان / نهاد  
نام کامل فرد مسوول  
آدرس خیابان  
شهر  
کد پستی  
54000  
تلفن  
35126110 42 92+  
ایمیل  
salman.bashir@riphah.edu.pk

ردیف بودجه  
کد بودجه  
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  
خارجی

طبقه بندی منابع اعتبار خارجی  
حمایت کننده مالی: طبقه بندی منابع اعتباری خارجی: کشور دیگر  
کشور مبدا  
PK  
طبقه بندی موسسه تامین کننده اعتبار  
دانشگاهی

## فرد مسوول پاسخگویی عمومی کارآزمایی

اطلاعات تماس  
نام سازمان / نهاد  
نام کامل فرد مسوول

## فرد مسوول بهروز رسانی اطلاعات

### اطلاعات تماس

نام سازمان / نهاد

نام کامل فرد مسوول

موقعیت شغلی

آخرین مدرک تحصیلی

لیسانس

سایر حوزه‌های کاری/تخصص‌ها

فیزیوتراپی

آدرس خیابان

شهر

استان

کد پستی

38000

تلفن

8811692 41 92+

ایمیل

nimraarshad70@yahoo.com

## برنامه انتشار

### فایل داده شرکت کنندگان (IPD)

هنوز تصمیم نگرفته‌ام - برنامه انتشار آن هنوز مشخص نیست

### پروتکل مطالعه

هنوز تصمیم نگرفته‌ام - برنامه انتشار آن هنوز مشخص نیست

### نقشه آنالیز آماری

هنوز تصمیم نگرفته‌ام - برنامه انتشار آن هنوز مشخص نیست

### فرم رضایتنامه آگاهانه

هنوز تصمیم نگرفته‌ام - برنامه انتشار آن هنوز مشخص نیست

### گزارش مطالعه بالینی

هنوز تصمیم نگرفته‌ام - برنامه انتشار آن هنوز مشخص نیست

### کدهای استفاده شده در آنالیز

هنوز تصمیم نگرفته‌ام - برنامه انتشار آن هنوز مشخص نیست

### نظام دسته‌بندی داده (دیکشنری داده)

هنوز تصمیم نگرفته‌ام - برنامه انتشار آن هنوز مشخص نیست

### موقعیت شغلی

آخرین مدرک تحصیلی

لیسانس

سایر حوزه‌های کاری/تخصص‌ها

فیزیوتراپی

آدرس خیابان

شهر

استان

کد پستی

38000

تلفن

8811692 41 92+

ایمیل

nimraarshad70@yahoo.com

## فرد مسوول پاسخگویی علمی مطالعه

### اطلاعات تماس

نام سازمان / نهاد

نام کامل فرد مسوول

موقعیت شغلی

آخرین مدرک تحصیلی

لیسانس

سایر حوزه‌های کاری/تخصص‌ها

فیزیوتراپی

آدرس خیابان

شهر

استان

کد پستی

38000

تلفن

8811692 41 92+

ایمیل

nimraarshad70@yahoo.com