

پروتکل کارآزمایی بالینی مرکز ثبت کارآزمایی بالینی ایران

۱۴۰۵/۰۶/۲۰

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

اطلاعات ثبت در مرکز

شماره ثبت کارآزمایی در مرکز: IRCT20200330046895N1

تاریخ تایید ثبت در مرکز: ۱۳۹۹/۰۱/۳۱, 19-04-2020

زمان بندی ثبت: registered_while_recruiting

آخرین بروز رسانی: ۱۳۹۹/۰۱/۳۱, 19-04-2020

تعداد بروز رسانی‌ها: 0

تاریخ تایید ثبت در مرکز

۱۳۹۹/۰۱/۳۱, 2020-04-19

اطلاعات تماس ثبت کننده

نام

نام سازمان / نهاد

کشور

پاکستان

تلفن

37812194 42 92+

آدرس ایمیل

waqarafzal621@gmail.com

وضعیت بیمار گیری

بیمار گیری تمام شده

منبع مالی

تاریخ شروع بیمار گیری مورد انتظار

۱۳۹۹/۰۱/۲۷, 2020-04-15

تاریخ پایان بیمار گیری مورد انتظار

۱۳۹۹/۰۷/۲۴, 2020-10-15

تاریخ شروع بیمارگیری تحقق یافته

خالی

تاریخ پایان بیمارگیری تحقق یافته

خالی

تاریخ خاتمه کارآزمایی

خالی

عنوان علمی کارآزمایی

عنوان عمومی کارآزمایی

هدف اصلی مطالعه

درمانی

شرایط عمده ورود و عدم ورود به مطالعه

سن

از سن 25 ساله تا سن 50 ساله

جنسیت

هر دو

فاز مطالعه

مصادق ندارد

گروه‌های کور شده در مطالعه

• ارزیابی کننده پیامد

حجم نمونه کل

حجم نمونه پیش‌بینی شده: 84

تصادفی سازی (نظر محقق)

اختصاص تصادفی به گروه‌های مداخله و کنترل

توصیف نحوه تصادفی سازی

کور سازی (به نظر محقق)

یک سوپه کور

توصیف نحوه کور سازی

دارو نما

ندارد

اختصاص به گروه‌های مطالعه

موازی

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
54000

تاریخ تایید
۱۳۹۸/۱۱/۰۲, 2020-01-22

کد کمیته اخلاق
IRB-UOL-FAHS/696/2020

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

2

شرح متغیر پیامد
مقاطع زمانی اندازه‌گیری
نحوه اندازه‌گیری متغیر

3

شرح متغیر پیامد
مقاطع زمانی اندازه‌گیری
نحوه اندازه‌گیری متغیر

متغیر پیامد ثانویه

1

شرح متغیر پیامد
مقاطع زمانی اندازه‌گیری
نحوه اندازه‌گیری متغیر

2

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
نام کامل فرد مسوول
آدرس خیابان
شهر
کد پستی
54000
تلفن
35963421 42 92+
ایمیل
waqasphysio@gmail.com
آدرس صفحه وب
http://sims.edu.pk/shl.aspx

حمایت کنندگان / منابع مالی

1

حمایت کننده مالی
نام سازمان / نهاد
نام کامل فرد مسوول
آدرس خیابان
شهر
کد پستی
54000
تلفن
37812194 42 92+
ایمیل
waqarafzal621@gmail.com

ردیف بودجه
کد بودجه
آیا منبع مالی همان سازمان یا نهاد حمایت کننده مالی است؟
خیر

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

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
 54000
 تلفن
 37812194 42 92+
 ایمیل
 waqarafzal621@gmail.com

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
 بله - برنامه‌ای برای انتشار آن وجود دارد
 گزارش مطالعه بالینی
 بله - برنامه‌ای برای انتشار آن وجود دارد
 کدهای استفاده شده در آنالیز
 بله - برنامه‌ای برای انتشار آن وجود دارد
 نظام دسته‌بندی داده (دیکشنری داده)
 بله - برنامه‌ای برای انتشار آن وجود دارد
 عنوان و جزییات 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

موقعیت شغلی
 آخرین مدرک تحصیلی
 .Ph.D
 سایر حوزه‌های کاری/تخصص‌ها
 فیزیوتراپی
 آدرس خیابان
 شهر
 استان
 کد پستی
 54000
 تلفن
 35963421 42 92+
 ایمیل
 ashfaaqpt@gmail.com
 آدرس صفحه وب
 /https://www.uol.edu.pk

فرد مسوول پاسخگویی علمی مطالعه

اطلاعات تماس
 نام سازمان / نهاد
 نام کامل فرد مسوول
 موقعیت شغلی
 آخرین مدرک تحصیلی
 .Ph.D
 سایر حوزه‌های کاری/تخصص‌ها
 فیزیوتراپی
 آدرس خیابان
 شهر
 استان
 کد پستی
 54000
 تلفن
 35963421 42 92+
 ایمیل
 ashfaaqpt@gmail.com
 آدرس صفحه وب
 /https://www.uol.edu.pk

فرد مسوول به روز رسانی اطلاعات