

# پروتکل کارآزمایی بالینی مرکز ثبت کارآزمایی بالینی ایران

۱۴۰۵/۰۴/۱۵

**تاریخ پایان بیمارگیری تحقق یافته**  
خالی  
**تاریخ خاتمه کارآزمایی**  
خالی  
**عنوان علمی کارآزمایی**  
**عنوان عمومی کارآزمایی**  
**هدف اصلی مطالعه**  
آموزشی/مشاوره‌ای  
**شرایط عمده ورود و عدم ورود به مطالعه**  
**سن**  
تا سن 60 ساله  
**جنسیت**  
هر دو  
**فاز مطالعه**  
مصدق ندارد  
**گروه‌های کور شده در مطالعه**

- شرکت کننده
- مراقب بالینی
- محقق
- ارزیابی کننده پیامد

**حجم نمونه کل**  
حجم نمونه پیش‌بینی شده: 114  
**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  
دارد  
**اختصاص به گروه‌های مطالعه**  
موازی  
**سایر مشخصات طراحی مطالعه**

**کد ثبت در سایر مراکز ثبت بین‌المللی**  
خالی

**تاییدیه کمیته‌های اخلاق**

## 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**  
(ATLS (Advance Trauma Life Support

**اطلاعات ثبت در مرکز**  
شماره ثبت کارآزمایی در مرکز: IRCT20200626047926N1  
تاریخ تایید ثبت در مرکز: 28-06-2020, ۱۳۹۹/۰۴/۰۸  
زمان‌بندی ثبت: prospective

آخرین بروز رسانی: 28-06-2020, ۱۳۹۹/۰۴/۰۸  
تعداد بروز رسانی‌ها: 0  
**تاریخ تایید ثبت در مرکز**  
28-06-2020, ۱۳۹۹/۰۴/۰۸

## اطلاعات تماس ثبت کننده

**نام**  
**نام سازمان / نهاد**  
**کشور**  
مالزی  
**تلفن**  
2396 3-8947 60+  
**آدرس ایمیل**  
gs55200@student.upm.edu.my

**وضعیت بیمار گیری**  
**بیمار گیری تمام شده**  
**منبع مالی**

**تاریخ شروع بیمار گیری مورد انتظار**  
2020-10-01, ۱۳۹۹/۰۷/۱۰  
**تاریخ پایان بیمار گیری مورد انتظار**  
2021-09-30, ۱۴۰۰/۰۷/۰۸  
**تاریخ شروع بیمارگیری تحقق یافته**  
خالی

1

تلفن  
2396 3-8947 60+  
ایمیل  
gs55200@student.upm.edu.my

## حمایت کنندگان / منابع مالی

1

حمایت کننده مالی  
نام سازمان / نهاد  
نام کامل فرد مسوول  
آدرس خیابان  
شهر  
کد پستی  
43300

تلفن  
2396 3-8947 60+  
فکس  
2395 3-8947 60+  
ایمیل  
shah86zam@upm.edu.my

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  
عمومی  
مبدا اعتبار از داخل یا خارج کشور  
خارجی

طبقه بندی منابع اعتبار خارجی  
حمایت کننده مالی: طبقه بندی منابع اعتباری خارجی: بین المللی  
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 حوزه های کاری/تخصص ها  
آدرس خیابان  
شهر  
استان  
کد پستی  
43300

تلفن  
2395 3-8947 60+  
ایمیل

gs55200@student.upm.edu.my

## فرد مسوول پاسخگویی علمی مطالعه

اطلاعات تماس  
نام سازمان / نهاد

کمیته اخلاق  
نام کمیته اخلاق  
آدرس خیابان  
شهر  
کد پستی  
43300

تاریخ تایید  
2020-05-20, ۱۳۹۹/۰۲/۳۱  
کد کمیته اخلاق  
JKEUPM-2020-088

## بیماری های (موضوعات) مورد مطالعه

1

شرح  
کد ICD-10  
G89.11  
توصیف کد ICD-10  
Acute pain due to trauma

## متغیر پیامد اولیه

1

شرح متغیر پیامد  
مقاطع زمانی اندازه گیری  
نحوه اندازه گیری متغیر

## متغیر پیامد ثانویه

خالی

## گروه های مداخله

1

شرح مداخله  
گروه مداخله:  
طبقه بندی  
پیشگیری

2

شرح مداخله  
گروه کنترل:  
طبقه بندی  
دارو نما

## مراکز بیمار گیری

1

مرکز بیمار گیری  
نام مرکز بیمار گیری  
نام کامل فرد مسوول  
آدرس خیابان  
شهر  
کد پستی  
43300

43300  
تلفن  
2395 3-8947 60+  
ایمیل  
gs55200@student.upm.edu.my

### 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 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

نام کامل فرد مسوول  
موقعیت شغلی  
آخرین مدرک تحصیلی  
فوق لیسانس  
سایر حوزه‌های کاری/تخصص‌ها  
طب اورژانس  
آدرس خیابان  
شهر  
استان  
کد پستی  
43300  
تلفن  
2395 3-8947 60+  
ایمیل  
gs55200@student.upm.edu.my

### فرد مسوول به روز رسانی اطلاعات

اطلاعات تماس  
نام سازمان / نهاد  
نام کامل فرد مسوول  
موقعیت شغلی  
آخرین مدرک تحصیلی  
فوق لیسانس  
سایر حوزه‌های کاری/تخصص‌ها  
طب اورژانس  
آدرس خیابان  
شهر  
استان  
کد پستی