

# 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

اطلاعات ثبت در مرکز

شماره ثبت کارآزمایی در مرکز: IRCT20200225046616N1

تاریخ تایید ثبت در مرکز: ۱۳۹۹/۰۷/۰۷, 28-09-2020

زمان بندی ثبت: retrospective

آخرین بروز رسانی: ۱۳۹۹/۰۷/۰۷, 28-09-2020

تعداد بروز رسانی‌ها: 0

تاریخ تایید ثبت در مرکز

۱۳۹۹/۰۷/۰۷, 2020-09-28

اطلاعات تماس ثبت کننده

نام

نام سازمان / نهاد

کشور

پاکستان

تلفن

35220878 42 92+

آدرس ایمیل

fariha.khalid@dhpt.uol.edu.pk

وضعیت بیمار گیری

بیمار گیری تمام شده

منبع مالی

کد ثبت در سایر مراکز ثبت بین‌المللی

خالی

تاییدیه کمیته‌های اخلاق

1

کمیته اخلاق

نام کمیته اخلاق

آدرس خیابان

تاریخ شروع بیمار گیری مورد انتظار

۱۳۹۸/۰۲/۲۵, 2019-05-15

تاریخ پایان بیمار گیری مورد انتظار

۱۳۹۹/۰۲/۲۶, 2020-05-15

تاریخ شروع بیمارگیری تحقق یافته

۱۳۹۸/۰۲/۳۱, 2019-05-21

تاریخ پایان بیمارگیری تحقق یافته

کد پستی  
54590  
تلفن  
99200600 42 92+  
ایمیل  
hussainiqbal94@gmail.com  
آدرس صفحه وب

شهر  
کد پستی  
54590  
تاریخ تایید  
14-05-2019, 24/02/1398  
کد کمیته اخلاق  
IRB-UOL-FAHS/473/2019

## بیماری‌های (موضوعات) مورد مطالعه

1

شرح  
کد ICD-10  
I63.50

توصیف کد ICD-10  
Cerebral infarction due to unspecified occlusion or stenosis of unspecified cerebral artery

## متغیر پیامد اولیه

1

شرح متغیر پیامد  
مقاطع زمانی اندازه‌گیری  
نحوه اندازه‌گیری متغیر

2

شرح متغیر پیامد  
مقاطع زمانی اندازه‌گیری  
نحوه اندازه‌گیری متغیر

## متغیر پیامد ثانویه

خالی

## 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

2

مرکز بیمار گیری  
نام مرکز بیمار گیری  
نام کامل فرد مسوول  
آدرس خیابان  
شهر  
کد پستی  
54600  
تلفن  
35174737 42 92+  
ایمیل  
Farihakhalid93@gmail.com  
آدرس صفحه وب

3

مرکز بیمار گیری  
نام مرکز بیمار گیری  
نام کامل فرد مسوول  
آدرس خیابان  
شهر  
کد پستی  
39571  
تلفن  
35220878 42 92+  
ایمیل  
Farihakhalid93@gmail.com

## حمایت کنندگان / منابع مالی

1

حمایت کننده مالی  
نام سازمان / نهاد  
نام کامل فرد مسوول  
آدرس خیابان  
شهر  
کد پستی  
54590  
تلفن  
99200600 42 92+  
ایمیل  
Farihakhalid93@gmail.com

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

## 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  
 مدیریت توانبخشی  
 آدرس خیابان  
 شهر  
 استان  
 کد پستی  
 54590  
 تلفن  
 99200600 42 92+  
 ایمیل  
 farihakhalid93@gmail.com

## برنامه انتشار

فایل داده شرکت کنندگان (IPD)  
 بله - برنامه‌ای برای انتشار آن وجود دارد  
 پروتکل مطالعه  
 خیر - برنامه‌ای برای انتشار آن وجود ندارد  
 نقشه آنالیز آماری  
 هنوز تصمیم نگرفته‌ام - برنامه انتشار آن هنوز مشخص نیست  
 فرم رضایتنامه آگاهانه  
 خیر - برنامه‌ای برای انتشار آن وجود ندارد  
 گزارش مطالعه بالینی  
 خیر - برنامه‌ای برای انتشار آن وجود ندارد  
 کدهای استفاده شده در آنالیز  
 مصداق ندارد  
 نظام دسته‌بندی داده (دیکشنری داده)  
 مصداق 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

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  
 کد پستی  
 54590  
 تلفن  
 99200600 42 92+  
 ایمیل  
 Farihakhalid93@gmail.com

## 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  
 54590  
 تلفن  
 99200600 42 92+  
 ایمیل