

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

اطلاعات عمومی

درمانی
شرایط عمده ورود و عدم ورود به مطالعه
سن
از سن 25 ساله تا سن 50 ساله
جنسیت
هر دو

علت بروز رسانی
نام اختصاری
stretching and strengthening exercises with and without
manual therapy comparison shoulder impingement

فاز مطالعه
مصادق ندارد
گروه‌های کور شده در مطالعه

اطلاعات ثبت در مرکز
شماره ثبت کارآزمایی در مرکز: IRCT20210205050249N1
تاریخ تایید ثبت در مرکز: ۱۳۹۹/۱۱/۱۹, 07-02-2021
زمان بندی ثبت: registered_while_recruiting

• ارزیابی کننده پیامد

آخرین بروز رسانی: ۱۳۹۹/۱۱/۱۹, 07-02-2021

حجم نمونه کل
حجم نمونه پیش‌بینی شده: 32
تصادفی سازی (نظر محقق)
اختصاص تصادفی به گروه‌های مداخله و کنترل

تعداد بروز رسانی‌ها: 0
تاریخ تایید ثبت در مرکز
۱۳۹۹/۱۱/۱۹, 2021-02-07

توصیف نحوه تصادفی سازی
کور سازی (به نظر محقق)
یک سوپه کور

اطلاعات تماس ثبت کننده

توصیف نحوه کور سازی
دارو نما
ندارد

نام

نام سازمان / نهاد

کشور

پاکستان

تلفن

35470418 42 92+

اختصاص به گروه‌های مطالعه
موازی

آدرس ایمیل

سایر مشخصات طراحی مطالعه

360physioclinic1@gmail.com

کد ثبت در سایر مراکز ثبت بین‌المللی

وضعیت بیمار گیری

بیمار گیری تمام شده

منبع مالی

خالی

تاییدیه کمیته‌های اخلاق

تاریخ شروع بیمار گیری مورد انتظار

۱۳۹۹/۱۰/۱۴, 2021-01-03

تاریخ پایان بیمار گیری مورد انتظار

۱۴۰۰/۰۳/۱۳, 2021-06-03

تاریخ شروع بیمارگیری تحقق یافته

1

کمیته اخلاق

مراکز بیمار گیری

1

مرکز بیمار گیری
نام مرکز بیمار گیری
نام کامل فرد مسوول
آدرس خیابان
شهر
کد پستی
54000
تلفن
ایمیل
kanaanclinic@yahoo.com

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
naveed.anwer@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
20
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
موقعیت شغلی
آخرین مدرک تحصیلی
.Ph.D
سایر حوزه های کاری/تخصص ها
فیزیوتراپی
آدرس خیابان
شهر
استان
کد پستی

نام کمیته اخلاق
آدرس خیابان
شهر
کد پستی
54000

تاریخ تایید
1399/01/08, 2020-03-27
کد کمیته اخلاق
REC/RCRS/20/1059

بیماری های (موضوعات) مورد مطالعه

1

شرح
کد ICD-10
M75.4
توصیف کد ICD-10
Impingement Syndrome of shoulder

متغیر پیامد اولیه

1

شرح متغیر پیامد
مقاطع زمانی اندازه گیری
نحوه اندازه گیری متغیر

2

شرح متغیر پیامد
مقاطع زمانی اندازه گیری
نحوه اندازه گیری متغیر

3

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
درمانی - غیره

2

شرح مداخله
گروه مداخله:
طبقه بندی
درمانی - غیره

موقعیت شغلی
آخرین مدرک تحصیلی
لیسانس
سایر حوزه‌های کاری/تخصص‌ها
فیزیوتراپی
آدرس خیابان
شهر
استان
کد پستی
54000
تلفن
35126110 42 92+
ایمیل
360physioclinic1@gmail.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

54000
تلفن
35126110 42 92+
ایمیل
naveed.anwer@riphah.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
35126110 42 92+
ایمیل
naveed.anwer@riphah.edu.pk

فرد مسوول به روز رسانی اطلاعات

اطلاعات تماس
نام سازمان / نهاد
نام کامل فرد مسوول