

پروتکل کارآزمایی بالینی مرکز ثبت کارآزمایی بالینی ایران

۱۴۰۵/۰۴/۱۹

چکیده پروتکل

چکیده

اطلاعات عمومی

نام اختصاری

اطلاعات ثبت در مرکز

شماره ثبت کارآزمایی در مرکز: IRCT201011295270N1

تاریخ تایید ثبت در مرکز: ۱۳۸۹/۰۹/۱۰, 01-12-2010

زمان بندی ثبت: registered_while_recruiting

آخرین بروز رسانی:

تعداد بروز رسانی ها: 0

تاریخ تایید ثبت در مرکز

۱۳۸۹/۰۹/۱۰, 2010-12-01

اطلاعات تماس ثبت کننده

نام

نام سازمان / نهاد

کشور

تلفن

0055112127000

آدرس ایمیل

afbordon@terra.com.br

وضعیت بیمار گیری

بیمار گیری تمام شده

منبع مالی

تاریخ شروع بیمار گیری مورد انتظار

۱۳۸۹/۰۷/۰۹, 2010-10-01

تاریخ پایان بیمار گیری مورد انتظار

۱۳۹۰/۰۳/۱۱, 2011-06-01

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 50 ساله تا سن 100 ساله

جنسیت

هر دو

فاز مطالعه

1

گروه های کور شده در مطالعه

اطلاعات موجود نیست

حجم نمونه کل

حجم نمونه پیش بینی شده: 15

تصادفی سازی (نظر محقق)

مصادق ندارد

توصیف نحوه تصادفی سازی

کور سازی (به نظر محقق)

کور نشده است

توصیف نحوه کور سازی

دارو نما

ندارد

اختصاص به گروه های مطالعه

تنها

سایر مشخصات طراحی مطالعه

کد ثبت در سایر مراکز ثبت بین المللی

1

نام مرکز ثبت بین المللی

VEIN OCCLUSION STUDY

شماره ثبت در مرکز ثبت بین المللی

035/2010

تاریخ ثبت در مرکز ثبت بین المللی

۱۳۸۹/۰۲/۱۸, 2010-05-08

تاییدیه کمیته های اخلاق

1

کمیته اخلاق

نام کمیته اخلاق

آدرس خیابان

شهر
ردیف بودجه
self funding
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
خالی
مبدا اعتبار از داخل یا خارج کشور
خالی
طبقه بندی منابع اعتبار خارجی
خالی
کشور مبدا
طبقه بندی موسسه تامین کننده اعتبار
خالی

فرد مسوول پاسخگویی عمومی کارآزمایی

اطلاعات تماس
نام سازمان / نهاد
نام کامل فرد مسوول
موقعیت شغلی
سایر حوزه های کاری/تخصص ها
آدرس خیابان
شهر
استان
کد پستی
18360
تلفن
00551132127000
فکس
ایمیل
janamedsouza@ig.com.br
آدرس صفحه وب
www.bos.org.br

فرد مسوول پاسخگویی علمی مطالعه

اطلاعات تماس
نام سازمان / نهاد
نام کامل فرد مسوول
موقعیت شغلی
سایر حوزه های کاری/تخصص ها
آدرس خیابان
شهر
استان
کد پستی
18360
تلفن
00551532127000
فکس
00551131154344
ایمیل
afbordon@terra.com.br
آدرس صفحه وب
www.bos.org.br

شهر
کد پستی
18360
تاریخ تایید
2010-08-03, 1389/05/12
کد کمیته اخلاق
035/2010

بیماری های (موضوعات) مورد مطالعه

1
شرح
کد ICD-10
H34.8
توصیف کد ICD-10
Other retinal vascular occlusions

متغیر پیامد اولیه

1
شرح متغیر پیامد
مقاطع زمانی اندازه گیری
نحوه اندازه گیری متغیر

متغیر پیامد ثانویه

1
شرح متغیر پیامد
مقاطع زمانی اندازه گیری
نحوه اندازه گیری متغیر

گروه های مداخله

1
شرح مداخله
طبقه بندی
درمانی - داروها

مراکز بیمار گیری

1
مرکز بیمار گیری
نام مرکز بیمار گیری
نام کامل فرد مسوول
آدرس خیابان
شهر

حمایت کنندگان / منابع مالی

1
حمایت کننده مالی
نام سازمان / نهاد
نام کامل فرد مسوول
آدرس خیابان

برنامه انتشار
فایل داده شرکت کنندگان (IPD)
خالی
پروتکل مطالعه
خالی
نقشه آنالیز آماری
خالی
فرم رضایتنامه آگاهانه
خالی
گزارش مطالعه بالینی
خالی
کدهای استفاده شده در آنالیز
خالی
نظام دسته‌بندی داده (دیکشنری داده)
خالی

اطلاعات تماس
نام سازمان / نهاد
نام کامل فرد مسوول
موقعیت شغلی
سایر حوزه‌های کاری/تخصص‌ها
آدرس خیابان
شهر
استان
کد پستی
18360
تلفن
00551132127000
فکس
00551131154344
ایمیل
afbordon@terra.com.br
آدرس صفحه وب