

# پروتکل کارآزمایی بالینی مرکز ثبت کارآزمایی بالینی ایران

۱۴۰۵/۰۳/۲۰

**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 40 ساله تا سن 60 ساله  
جنسیت  
هر دو

**فاز مطالعه**  
مصادق ندارد

**گروه‌های کور شده در مطالعه**  
اطلاعات موجود نیست

**حجم نمونه کل**  
حجم نمونه پیش‌بینی شده: 38

**تصادفی سازی (نظر محقق)**  
اختصاص تصادفی به گروه‌های مداخله و کنترل

**توصیف نحوه تصادفی سازی**  
کور سازی (به نظر محقق)  
کور نشده است

**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  
تاریخ تایید  
خالی

## 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  
CEDSTMRTDEPFTCP

**اطلاعات ثبت در مرکز**  
شماره ثبت کارآزمایی در مرکز: IRCT20220405054419N1  
تاریخ تایید ثبت در مرکز: 27-04-2022, 1401/02/07  
زمان‌بندی ثبت: registered\_while\_recruiting

آخرین بروز رسانی: 27-04-2022, 1401/02/07  
تعداد بروز رسانی‌ها: 0  
تاریخ تایید ثبت در مرکز  
27-04-2022, 1401/02/07

## اطلاعات تماس ثبت کننده

نام  
نام سازمان / نهاد  
کشور  
پاکستان  
تلفن  
1472522 333 92+  
آدرس ایمیل  
arooma.bzu@gmail.com

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

**تاریخ شروع بیمار گیری مورد انتظار**  
2021-11-11, 1400/08/20

**تاریخ پایان بیمار گیری مورد انتظار**  
2022-05-16, 1401/02/26

**تاریخ شروع بیمارگیری تحقق یافته**  
خالی

2

کمیته اخلاق

نام کمیته اخلاق

آدرس خیابان

شهر

کد پستی

54000

تاریخ تایید

۱۴۰۰/۰۹/۰۳, 2021-11-24

کد کمیته اخلاق

REC/RCR & AHS/21/0125

1

مرکز بیمار گیری

نام مرکز بیمار گیری

نام کامل فرد مسوول

آدرس خیابان

شهر

کد پستی

54000

تلفن

1472522 333 92+

ایمیل

arooma.bzu@gmail.com

بیماری‌های (موضوعات) مورد مطالعه

حمایت کنندگان / منابع مالی

1

شرح

کد ICD-10

J44.0

توصیف کد ICD-10

Chronic obstructive pulmonary disease with acute lower respiratory infection

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

درمانی - غیره

2

شرح مداخله

گروه مداخله:

طبقه بندی

درمانی - غیره

1

حمایت کننده مالی

نام سازمان / نهاد

نام کامل فرد مسوول

آدرس خیابان

شهر

کد پستی

54000

تلفن

1472522 333 92+

ایمیل

arooma.bzu@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

عمومی

مبدا اعتبار از داخل یا خارج کشور

داخلی

طبقه بندی منابع اعتبار خارجی

خالی

کشور مبدا

طبقه بندی موسسه تامین کننده اعتبار

موارد دیگر

فرد مسوول پاسخگویی عمومی کارآزمایی

اطلاعات تماس

نام سازمان / نهاد

نام کامل فرد مسوول

موقعیت شغلی

آخرین مدرک تحصیلی

لیسانس

سایر حوزه‌های کاری/تخصص‌ها

فیزیوتراپی

آدرس خیابان

شهر

استان

کد پستی

موقعیت شغلی  
آخرین مدرک تحصیلی  
لیسانس  
سایر حوزه‌های کاری/تخصص‌ها  
فیزیوتراپی  
آدرس خیابان  
شهر  
استان  
کد پستی  
54000  
تلفن  
1472522 333 92+  
ایمیل  
arooma.bzu@gmail.com

### برنامه انتشار

**فایل داده شرکت کنندگان (IPD)**  
خیر - برنامه‌ای برای انتشار آن وجود ندارد  
**توجیه/علت عدم تصمیم/عدم انتشار IPD**  
**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  
1472522 333 92+  
ایمیل  
arooma.bzu@gmail.com

### فرد مسوول پاسخگویی علمی مطالعه

اطلاعات تماس  
نام سازمان / نهاد  
نام کامل فرد مسوول  
موقعیت شغلی  
آخرین مدرک تحصیلی  
لیسانس  
سایر حوزه‌های کاری/تخصص‌ها  
فیزیوتراپی  
آدرس خیابان  
شهر  
استان  
کد پستی  
54000  
تلفن  
1472522 333 92+  
ایمیل  
arooma.bzu@gmail.com

### فرد مسوول به روز رسانی اطلاعات

اطلاعات تماس  
نام سازمان / نهاد  
نام کامل فرد مسوول