

# 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: IRCT20230706058696N1

تاریخ تایید ثبت در مرکز: ۱۴۰۲/۰۶/۱۸, 09-09-2023

زمان بندی ثبت: retrospective

تاریخ بروز رسانی:

تعداد بروز رسانی‌ها: 0

تاریخ تایید ثبت در مرکز

۱۴۰۲/۰۶/۱۸, 09-09-2023

تاریخ تایید ثبت در مرکز

۱۴۰۲/۰۶/۱۸, 2023-09-09

اطلاعات تماس ثبت کننده

نام

نام سازمان / نهاد

کشور

پاکستان

تلفن

6620110 300 92+

آدرس ایمیل

aqsaheed48@yahoo.com

وضعیت بیمار گیری

بیمار گیری تمام شده

منبع مالی

تاریخ شروع بیمار گیری مورد انتظار

۱۴۰۲/۰۱/۲۳, 2023-04-12

تاریخ پایان بیمار گیری مورد انتظار

۱۴۰۲/۰۴/۰۷, 2023-06-28

تاریخ شروع بیمارگیری تحقق یافته

۱۴۰۲/۰۲/۰۶, 2023-04-26

تاریخ پایان بیمارگیری تحقق یافته

۱۴۰۲/۰۴/۱۴, 2023-07-05

تاریخ خاتمه کارآزمایی

۱۴۰۲/۰۴/۱۹, 2023-07-10

عنوان علمی کارآزمایی

عنوان عمومی کارآزمایی

هدف اصلی مطالعه

درمانی

شرایط عمده ورود و عدم ورود به مطالعه

سن

از سن 25 ساله تا سن 50 ساله

جنسیت

هر دو

فاز مطالعه

مصادق ندارد

گروه‌های کور شده در مطالعه

اطلاعات موجود نیست

حجم نمونه کل

حجم نمونه پیش‌بینی شده: 32

حجم نمونه تحقق یافته: 32

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

نام کمیته اخلاق

آدرس خیابان

شهر  
کد پستی  
38000

تاریخ تایید  
۱۴۰۱/۱۲/۱۹, 2023-03-10  
کد کمیته اخلاق  
MSPT-052-2021

2  
شرح مداخله  
گروه کنترل:  
طبقه بندی  
توانبخشی

## مراکز بیمار گیری

## بیماری‌های (موضوعات) مورد مطالعه

1  
مرکز بیمار گیری  
نام مرکز بیمار گیری  
نام کامل فرد مسوول  
آدرس خیابان  
شهر  
کد پستی  
38000  
تلفن  
8719677 41 92+  
ایمیل  
aqsawaheed48@yahoo.com

1  
شرح  
کد ICD-10  
G51.0  
توصیف کد ICD-10  
Bell's palsy

2  
مرکز بیمار گیری  
نام مرکز بیمار گیری  
نام کامل فرد مسوول  
آدرس خیابان  
شهر  
کد پستی  
38000  
تلفن  
8841364 41 92+  
ایمیل  
aqsawaheed48@yahoo.com

2  
شرح  
کد ICD-10  
R29.810  
توصیف کد ICD-10  
Facial weakness

3  
مرکز بیمار گیری  
نام مرکز بیمار گیری  
نام کامل فرد مسوول  
آدرس خیابان  
شهر  
کد پستی  
38000  
تلفن  
8738885 41 92+  
ایمیل  
aqsawaheed48@yahoo.com

3  
شرح  
کد ICD-10  
Q67.0  
توصیف کد ICD-10  
facial asymmetry

## متغیر پیامد اولیه

4  
مرکز بیمار گیری  
نام مرکز بیمار گیری  
نام کامل فرد مسوول  
آدرس خیابان  
شهر  
کد پستی  
38000  
تلفن  
8727918 41 92+  
ایمیل

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

## حمایت کنندگان / منابع مالی

1

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  
 38000  
 تلفن  
 6663110 335 92+  
 ایمیل  
 aqsawaheed48@yahoo.com

حمایت کننده مالی  
 نام سازمان / نهاد  
 نام کامل فرد مسوول  
 آدرس خیابان  
 شهر  
 کد پستی  
 38000  
 تلفن  
 8868326 41 92+  
 ایمیل  
 info@tuf.edu.pk  
 آدرس صفحه وب  
 /https://www.tuf.edu.pk

## 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  
 فیزیوتراپی  
 آدرس خیابان  
 شهر  
 استان  
 کد پستی  
 38000  
 تلفن  
 6663110 335 92+  
 ایمیل  
 aqsawaheed48@yahoo.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  
 خصوصی  
 مبدا اعتبار از داخل یا خارج کشور  
 داخلی  
 طبقه بندی منابع اعتبار خارجی  
 خالی  
 کشور مبدا  
 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  
 38000  
 تلفن  
 8868326 41 92+  
 ایمیل  
 info@tuf.edu.pk  
 آدرس صفحه وب  
 /https://www.tuf.edu.pk

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  
 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  
 مصداق ندارد  
 نظام دسته‌بندی داده (دیکشنری داده)  
 هنوز تصمیم نگرفته‌ام - برنامه انتشار آن هنوز مشخص نیست  
 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

## فرد مسوول پاسخگویی علمی مطالعه

اطلاعات تماس