# پروتکل کارآزمایی بالینی
# مرکز ثبت کارآزمایی بالینی ایران

۱۴۰۵/۰۹/۰۱

## چکیده پروتکل

**هدف ازمطالعه**
**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**
cross sectional experimental study
**اطلاعات ثبت در مرکز**
شماره ثبت کارآزمایی در مرکز: **IRCT20230718058826N4**
تاریخ تایید ثبت در مرکز: **2024-01-03, ۱۴۰۲/۱۰/۱۳**
زمان‌بندی ثبت: **retrospective**

آخرین بروز رسانی: **2024-01-03, ۱۴۰۲/۱۰/۱۳**
تعداد بروز رسانی‌ها: **0**
**تاریخ تایید ثبت در مرکز**
2024-01-03, ۱۴۰۲/۱۰/۱۳

**اطلاعات تماس ثبت کننده**
**نام**
**نام سازمان / نهاد**
**کشور**
پاکستان
**تلفن**
+92 310 6562039
**آدرس ایمیل**
perwashanaseer123@gmail.com

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

**تاریخ شروع بیمار گیری مورد انتظار**
2023-07-29, ۱۴۰۲/۰۵/۰۷
**تاریخ پایان بیمار گیری مورد انتظار**
2023-09-29, ۱۴۰۲/۰۷/۰۷
**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**
تحقیقات در سیستم ارایه خدمات سلامت
**شرایط عمده ورود و عدم ورود به مطالعه**
**سن**
از سن **18 ساله** تا سن **30 ساله**
**جنسیت**
هر دو

**فاز مطالعه**
0
**گروه‌های کور شده در مطالعه**

- شرکت کننده
- محقق
- آنالیز کننده داده

**حجم نمونه کل**
حجم نمونه پیش‌بینی شده: **393**
.بیش از یک نمونه در هر نفر شرکت کننده
تعداد نمونه در هر نفر شرکت کننده: **131**
**تصادفی سازی (نظر محقق)**
اختصاص تصادفی به گروه‌های مداخله و کنترل
**توصیف نحوه تصادفی سازی**
**کور سازی (به نظر محقق)**
سه سویه کور
**توصیف نحوه کور سازی**
**دارو نما**
ندارد
**اختصاص به گروه‌های مطالعه**
تنها
**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**
66000
**تاریخ تایید**
2023-07-10, ۱۴۰۲/۰۴/۱۹
**کد کمیته اخلاق**
MIMAS/Sawera/08/19 /2023

## بیماری‌های (موضوعات) مورد مطالعه

### 1

**شرح**
**کد ICD-10**
E00-E89
**توصیف کد ICD-10**
Endocrine, nutritional and metabolic diseases

## متغیر پیامد اولیه

### 1

**شرح متغیر پیامد**
**مقاطع زمانی اندازه‌گیری**
**نحوه اندازه‌گیری متغیر**

## متغیر پیامد ثانویه

خالی

## گروه‌های مداخله

### 1

**شرح مداخله**
گروه مداخله:
**طبقه بندی**
شیوه زندگی

### 2

**شرح مداخله**
گروه مداخله:
**طبقه بندی**
شیوه زندگی

### 3

**شرح مداخله**
گروه مداخله:
**طبقه بندی**
شیوه زندگی

## مراکز بیمار گیری

### 1

**مرکز بیمار گیری**
**نام مرکز بیمار گیری**
**نام کامل فرد مسوول**
**آدرس خیابان**
**شهر**
**کد پستی**
66000
**تلفن**
+92 321 6563479
**ایمیل**
nimraarif@gmail.com

### 2

**مرکز بیمار گیری**
**نام مرکز بیمار گیری**
**نام کامل فرد مسوول**
**آدرس خیابان**
**شهر**
**کد پستی**
66000
**تلفن**
+92 321 5654897
**ایمیل**
shahbaz@gmail.com
**آدرس صفحه وب**

### 3

**مرکز بیمار گیری**
**نام مرکز بیمار گیری**
**نام کامل فرد مسوول**
**آدرس خیابان**
**شهر**
**کد پستی**
66000
**تلفن**
+92 333 6120602
**ایمیل**
imranahmadkhandurrani@gmail.com

## حمایت کنندگان / منابع مالی

### 1

**حمایت کننده مالی**
**نام سازمان / نهاد**
**نام کامل فرد مسوول**
**آدرس خیابان**
**شهر**
**کد پستی**
63100
**تلفن**
+92 312 6678543
**ایمیل**
zahidmanzoor@cuvas.edu.pk
**ردیف بودجه**
**کد بودجه**

43681

**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**

دانشگاهی

## فرد مسوول پاسخگویی عمومی کارآزمایی

**اطلاعات تماس**

**نام سازمان / نهاد**

**نام کامل فرد مسوول**

**موقعیت شغلی**

**آخرین مدرک تحصیلی**

.Ph.D

**سایر حوزه‌های کاری/تخصص‌ها**

سم شناسی

**آدرس خیابان**

**شهر**

**استان**

**کد پستی**

63100

**تلفن**

+92 312 6678543

**ایمیل**

zahidmanzoor@cuvas.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**

مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی

**آدرس خیابان**

**شهر**

**استان**

**کد پستی**

66000

**تلفن**

+92 310 6562039

**ایمیل**

perwashanaseer123@gmail.com

## فرد مسوول به‌روز رسانی اطلاعات

**اطلاعات تماس**

**نام سازمان / نهاد**

**نام کامل فرد مسوول**

**موقعیت شغلی**

**آخرین مدرک تحصیلی**

.Ph.D

**سایر حوزه‌های کاری/تخصص‌ها**

مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی

**آدرس خیابان**

**شهر**

**استان**

**کد پستی**

66000

**تلفن**

+92 310 6562039

**ایمیل**

perwashanaseer123@gmail.com

## 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**

بله - برنامه‌ای برای انتشار آن وجود دارد

**فرم رضایتنامه آگاهانه**

بله - برنامه‌ای برای انتشار آن وجود دارد

**گزارش مطالعه بالینی**

بله - برنامه‌ای برای انتشار آن وجود دارد

**کدهای استفاده شده در آنالیز**

بله - برنامه‌ای برای انتشار آن وجود دارد

**نظام دسته‌بندی داده (دیکشنری داده)**

بله - برنامه‌ای برای انتشار آن وجود دارد

**عنوان و جزییات 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**