

# پروتکل کارآزمایی بالینی مرکز ثبت کارآزمایی بالینی ایران

۱۴۰۵/۰۴/۱۱

خالی  
تاریخ پایان بیمارگیری تحقق یافته  
خالی  
تاریخ خاتمه کارآزمایی  
خالی  
عنوان علمی کارآزمایی  
عنوان عمومی کارآزمایی  
هدف اصلی مطالعه  
علوم پایه  
شرایط عمده ورود و عدم ورود به مطالعه  
سن  
از سن 18 ساله تا سن 55 ساله  
جنسیت  
هر دو  
فاز مطالعه  
0  
گروه‌های کور شده در مطالعه  
اطلاعات موجود نیست  
حجم نمونه کل  
حجم نمونه پیش‌بینی شده: 150  
بیش از یک نمونه در هر نفر شرکت کننده  
تعداد نمونه در هر نفر شرکت کننده: 25  
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

## 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  
Comparison of Sensory and Motor Block Efficacy  
اطلاعات ثبت در مرکز  
شماره ثبت کارآزمایی در مرکز: IRCT20240204060903N1  
تاریخ تأیید ثبت در مرکز: 24-02-2024, ۱۴۰۲/۱۲/۰۵  
زمان‌بندی ثبت: retrospective

آخرین بروز رسانی: 24-02-2024, ۱۴۰۲/۱۲/۰۵  
تعداد بروز رسانی‌ها: 0  
تاریخ تأیید ثبت در مرکز  
24-02-2024, ۱۴۰۲/۱۲/۰۵

## اطلاعات تماس ثبت کننده

نام  
nazli  
نام سازمان / نهاد  
کشور  
ترکیه  
تلفن  
40 21 524 505 90+  
آدرس ایمیل  
yucelozgur19@gmail.com

وضعیت بیمار گیری  
بیمار گیری تمام شده  
منبع مالی

تاریخ شروع بیمار گیری مورد انتظار  
2024-02-10, ۱۴۰۲/۱۱/۲۱  
تاریخ پایان بیمار گیری مورد انتظار  
2024-02-12, ۱۴۰۲/۱۱/۲۳  
تاریخ شروع بیمارگیری تحقق یافته

1

تلفن  
40 21 524 505 90+  
ایمیل  
anstz@hotmail.com

کمیته اخلاق  
نام کمیته اخلاق  
آدرس خیابان  
شهر  
کد پستی  
34180

### حمایت کنندگان / منابع مالی

1

حمایت کننده مالی  
نام سازمان / نهاد  
نام کامل فرد مسوول  
آدرس خیابان  
شهر  
کد پستی  
34180

تاریخ تایید  
1402/03/15, 2023-06-05  
کد کمیته اخلاق  
245

### بیماری‌های (موضوعات) مورد مطالعه

1

تلفن  
40 21 524 505 90+  
ایمیل  
anstz@hotmail.com

شرح  
کد ICD-10  
Y48.3  
توصیف کد ICD-10  
Local anaesthetics

ردیف بودجه  
کد بودجه  
آیا منبع مالی همان سازمان یا نهاد حمایت کننده مالی است؟  
بلی

### متغیر پیامد اولیه

1

عنوان منبع مالی  
درصد تامین مالی مطالعه توسط این منبع  
100

شرح متغیر پیامد  
مقاطع زمانی اندازه‌گیری  
نحوه اندازه‌گیری متغیر

بخش عمومی یا خصوصی  
عمومی  
مبدأ اعتبار از داخل یا خارج کشور  
داخلی

### متغیر پیامد ثانویه

خالی

طبقه بندی منابع اعتبار خارجی  
خالی

### گروه‌های مداخله

1

### فرد مسوول پاسخگویی عمومی کارآزمایی

اطلاعات تماس  
نام سازمان / نهاد  
نام کامل فرد مسوول  
موقعیت شغلی  
آخرین مدرک تحصیلی  
دکترای پزشکی  
سایر حوزه‌های کاری/تخصص‌ها

شرح مداخله  
گروه مداخله:  
طبقه بندی  
درمانی - جراحی

2

بیهوشی  
آدرس خیابان  
شهر  
استان  
کد پستی  
34180

شرح مداخله  
گروه کنترل:  
طبقه بندی  
درمانی - داروها

### مراکز بیمار گیری

1

تلفن  
40 21 524 505 90+  
ایمیل  
anstz@hotmail.com

مرکز بیمار گیری  
نام مرکز بیمار گیری  
نام کامل فرد مسوول  
آدرس خیابان  
شهر  
کد پستی  
34180

### فرد مسوول پاسخگویی علمی مطالعه

اطلاعات تماس  
نام سازمان / نهاد  
نام کامل فرد مسوول

شهر  
Bahçelievler  
استان  
کد پستی  
34180  
تلفن  
40 21 524 505 90+  
فکس  
ایمیل  
yucelozgur19@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**  
مصادق ندارد  
**نظام دسته‌بندی داده (دیکشنری داده)**  
هنوز تصمیم نگرفته‌ام - برنامه انتشار آن هنوز مشخص نیست

موقعیت شغلی  
آخرین مدرک تحصیلی  
دکترای پزشکی  
سایر حوزه‌های کاری/تخصص‌ها  
قلب  
آدرس خیابان  
شهر  
استان  
کد پستی  
34180  
تلفن  
40 21 524 505 90+  
ایمیل  
altunsenel@gmail.com

### فرد مسوول به روز رسانی اطلاعات

اطلاعات تماس  
نام سازمان / نهاد  
نام کامل فرد مسوول  
nazlı  
موقعیت شغلی  
آخرین مدرک تحصیلی  
دکترای پزشکی  
سایر حوزه‌های کاری/تخصص‌ها  
بیهوشی  
آدرس خیابان