

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

RCT

اطلاعات ثبت در مرکز

شماره ثبت کارآزمایی در مرکز: IRCT20230420057970N1

تاریخ تأیید ثبت در مرکز: ۱۴۰۳/۰۸/۱۴, 04-11-2024

زمان بندی ثبت: retrospective

آخرین بروز رسانی: ۱۴۰۳/۰۸/۱۴, 04-11-2024

تعداد بروز رسانی‌ها: 0

تاریخ تأیید ثبت در مرکز

۱۴۰۳/۰۸/۱۴, 2024-11-04

اطلاعات تماس ثبت کننده

نام

نام سازمان / نهاد

کشور

پاکستان

تلفن

5245367 91 92+

آدرس ایمیل

aminahkhan93@gmail.com

وضعیت بیمار گیری

بیمار گیری تمام شده

منبع مالی

تاریخ شروع بیمار گیری مورد انتظار

۱۴۰۲/۰۵/۲۶, 2023-08-17

تاریخ پایان بیمار گیری مورد انتظار

۱۴۰۳/۰۵/۲۷, 2024-08-17

تاریخ شروع بیمار گیری تحقق یافته

۱۴۰۲/۰۵/۲۶, 2023-08-17

تاریخ پایان بیمار گیری تحقق یافته

۱۴۰۳/۰۶/۱۴, 2024-09-04

تاریخ خاتمه کارآزمایی

۱۴۰۳/۰۶/۱۵, 2024-09-05

عنوان علمی کارآزمایی

عنوان عمومی کارآزمایی

هدف اصلی مطالعه

درمانی

شرایط عمده ورود و عدم ورود به مطالعه

سن

از سن 18 ساله تا سن 50 ساله

جنسیت

هر دو

فاز مطالعه

مصادق ندارد

گروه‌های کور شده در مطالعه

- شرکت کننده
- ارزیابی کننده پیامد

حجم نمونه کل

حجم نمونه پیش‌بینی شده: 62

حجم نمونه تحقق یافته: 62

تصادفی سازی (نظر محقق)

اختصاص تصادفی به گروه‌های مداخله و کنترل

توصیف نحوه تصادفی سازی

کور سازی (به نظر محقق)

یک سوپه کور

توصیف نحوه کور سازی

دارو نما

ندارد

اختصاص به گروه‌های مطالعه

موازی

سایر مشخصات طراحی مطالعه

کد ثبت در سایر مراکز ثبت بین‌المللی

خالی

تأییدیه کمیته‌های اخلاق

1

کمیته اخلاق
 نام کمیته اخلاق
 آدرس خیابان
 شهر
 کد پستی
 25000
 تاریخ تایید
 1401/02/09, 2022-04-29
 کد کمیته اخلاق
 3943-01

2

شرح مداخله
 گروه کنترل:
 طبقه بندی
 درمانی - وسایل

مراکز بیمار گیری

1

مرکز بیمار گیری
 نام مرکز بیمار گیری
 نام کامل فرد مسوول
 آدرس خیابان
 شهر
 کد پستی
 25000
 تلفن
 6545366 333 92+
 ایمیل
 usman.chy@gmail.com

بیماری‌های (موضوعات) مورد مطالعه

1

شرح
 کد ICD-10
 S02.6
 توصیف کد ICD-10
 Fracture of mandible

حمایت کنندگان / منابع مالی

1

حمایت کننده مالی
 نام سازمان / نهاد
 نام کامل فرد مسوول
 آدرس خیابان
 شهر
 کد پستی
 25000
 تلفن
 3488043 348 92+
 ایمیل
 usman.chy@gmail.com

متغیر پیامد اولیه

1

شرح متغیر پیامد
 مقاطع زمانی اندازه‌گیری
 نحوه اندازه‌گیری متغیر

متغیر پیامد ثانویه

1

شرح متغیر پیامد
 مقاطع زمانی اندازه‌گیری
 نحوه اندازه‌گیری متغیر

ردیف بودجه
 کد بودجه
 N/A

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
 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

1

شرح مداخله
 گروه مداخله:
 طبقه بندی
 درمانی - وسایل

اطلاعات تماس
نام سازمان / نهاد
نام کامل فرد مسوول
موقعیت شغلی
آخرین مدرک تحصیلی
لیسانس
سایر حوزه‌های کاری/تخصص‌ها
آدرس خیابان
شهر
استان
کد پستی
25000
تلفن
6545366 333 92+
ایمیل
aminakhkhan93@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
هنوز تصمیم نگرفته‌ام - برنامه انتشار آن هنوز مشخص نیست
نظام دسته‌بندی داده (دیکشنری داده)
هنوز تصمیم نگرفته‌ام - برنامه انتشار آن هنوز مشخص نیست

آخرین مدرک تحصیلی
متخصص
سایر حوزه‌های کاری/تخصص‌ها
آدرس خیابان
شهر
استان
کد پستی
25000
تلفن
3488043 348 92+
ایمیل
usman.chy@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
آدرس خیابان
شهر
استان
کد پستی
25000
تلفن
6545366 333 92+
ایمیل
aminakhkhan93@gmail.com

فرد مسوول به روز رسانی اطلاعات