

# 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  
تحقیقات در سیستم ارایه خدمات سلامت  
شرایط عمده ورود و عدم ورود به مطالعه  
سن  
از سن 17 ساله تا سن 30 ساله  
جنسیت  
مذکر

فاز مطالعه  
مصادق ندارد  
گروه‌های کور شده در مطالعه  
• مراقب بالینی  
• ارزیابی کننده پیامد

حجم نمونه کل  
حجم نمونه پیش‌بینی شده: 58  
تصادفی سازی (نظر محقق)  
اختصاص تصادفی به گروه‌های مداخله و کنترل  
توصیف نحوه تصادفی سازی  
کور سازی (به نظر محقق)  
دو 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

تاییدیه کمیته‌های اخلاق

1

کمیته 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  
ROM  
اطلاعات ثبت در مرکز  
شماره ثبت کارآزمایی در مرکز: IRCT20250505065604N1  
تاریخ تایید ثبت در مرکز: ۱۴۰۴/۰۲/۲۷, 17-05-2025  
زمان بندی ثبت: registered\_while\_recruiting

آخرین بروز رسانی: ۱۴۰۴/۰۲/۲۷, 17-05-2025  
تعداد بروز رسانی‌ها: 0  
تاریخ تایید ثبت در مرکز  
۱۴۰۴/۰۲/۲۷, 2025-05-17

## اطلاعات تماس ثبت کننده

نام  
نام سازمان / نهاد  
کشور  
پاکستان  
تلفن  
9425452 300 92+  
آدرس ایمیل  
drshahzaibsaajjad@gmail.com

وضعیت بیمار گیری  
بیمار گیری تمام شده  
منبع مالی

تاریخ شروع بیمار گیری مورد انتظار  
۱۴۰۳/۰۶/۱۱, 2024-09-01  
تاریخ پایان بیمار گیری مورد انتظار  
۱۴۰۴/۰۳/۱۱, 2025-06-01  
تاریخ شروع بیمارگیری تحقق یافته  
خالی

نام مرکز بیمار گیری  
نام کامل فرد مسوول  
آدرس خیابان  
شهر  
کد پستی  
54600  
تلفن  
6670876 309 92+  
ایمیل  
farhangujjar607@gmail.com

نام کمیته اخلاق  
آدرس خیابان  
شهر  
کد پستی  
54600  
تاریخ تایید  
۱۴۰۳/۰۵/۰۹, 2024-07-30  
کد کمیته اخلاق  
REC/RCR&AHS/24/0443

## بیماری‌های (موضوعات) مورد مطالعه

2

مرکز بیمار گیری  
نام مرکز بیمار گیری  
نام کامل فرد مسوول  
آدرس خیابان  
شهر  
کد پستی  
54600  
تلفن  
4074063 312 92+  
ایمیل  
dr.m.usman.hammad.sports.rehab@gmail.com

## حمایت کنندگان / منابع مالی

1

حمایت کننده مالی  
نام سازمان / نهاد  
نام کامل فرد مسوول  
آدرس خیابان  
شهر  
کد پستی  
54600  
تلفن  
4074063 312 92+  
ایمیل  
usmanhammad507@gmail.com

ردیف بودجه  
کد بودجه  
آیا منبع مالی همان سازمان یا نهاد حمایت کننده مالی است؟  
بلی  
عنوان منبع مالی  
درصد تامین مالی مطالعه توسط این منبع  
40  
بخش عمومی یا خصوصی  
خصوصی  
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

1

شرح  
کد ICD-10  
توصیف کد ICD-10

## متغیر پیامد اولیه

1

شرح متغیر پیامد  
مقاطع زمانی اندازه گیری  
نحوه اندازه گیری متغیر

## متغیر پیامد ثانویه

1

شرح متغیر پیامد  
مقاطع زمانی اندازه گیری  
نحوه اندازه گیری متغیر

2

شرح متغیر پیامد  
مقاطع زمانی اندازه گیری  
نحوه اندازه گیری متغیر

## گروه‌های مداخله

1

شرح مداخله  
گروه مداخله:  
طبقه بندی  
غیره

2

شرح مداخله  
گروه مداخله:  
طبقه بندی  
غیره

## مراکز بیمار گیری

1

مرکز بیمار گیری

موقعیت شغلی  
آخرین مدرک تحصیلی  
لیسانس  
سایر حوزه‌های کاری/تخصص‌ها  
فیزیوتراپی  
آدرس خیابان  
شهر  
استان  
کد پستی  
54600  
تلفن  
9425452 300 92+  
ایمیل  
drshahzaibsajjad@gmail.com

موقعیت شغلی  
آخرین مدرک تحصیلی  
لیسانس  
سایر حوزه‌های کاری/تخصص‌ها  
فیزیوتراپی  
آدرس خیابان  
شهر  
استان  
کد پستی  
54600  
تلفن  
9425452 300 92+  
ایمیل  
drshahzaibsajjad@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  
خیر - برنامه‌ای برای انتشار آن وجود ندارد  
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  
خیر - برنامه‌ای برای انتشار آن وجود ندارد  
نظام دسته‌بندی داده (دیکشنری داده)  
خیر - برنامه‌ای برای انتشار آن وجود ندارد  
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  
نام سازمان / نهاد  
نام کامل فرد مسوول  
موقعیت شغلی  
آخرین مدرک تحصیلی  
لیسانس  
سایر حوزه‌های کاری/تخصص‌ها  
آدرس خیابان  
شهر  
استان  
کد پستی  
54600  
تلفن  
9425452 300 92+  
ایمیل  
drshahzaibsajjad@gmail.com

### فرد مسوول به روز رسانی اطلاعات

اطلاعات تماس  
نام سازمان / نهاد  
نام کامل فرد مسوول