

# 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

IASTM,DTFM,NPRS,NDI

اطلاعات ثبت در مرکز

شماره ثبت کارآزمایی در مرکز: IRCT20250509065659N1

تاریخ تایید ثبت در مرکز: ۱۴۰۴/۰۳/۰۸, 29-05-2025

زمان بندی ثبت: retrospective

آخرین بروز رسانی: ۱۴۰۴/۰۳/۰۸, 29-05-2025

تعداد بروز رسانی‌ها: 0

تاریخ تایید ثبت در مرکز

۱۴۰۴/۰۳/۰۸, 2025-05-29

اطلاعات تماس ثبت کننده

نام

نام سازمان / نهاد

کشور

پاکستان

تلفن

8750971 41 92+

آدرس ایمیل

saira53saira@gmail.com

وضعیت بیمار گیری

بیمار گیری تمام شده

منبع مالی

تاریخ شروع بیمار گیری مورد انتظار

۱۴۰۴/۰۲/۳۱, 2025-05-21

تاریخ پایان بیمار گیری مورد انتظار

۱۴۰۴/۰۲/۳۱, 2025-05-21

تاریخ شروع بیمارگیری تحقق یافته

۱۴۰۴/۰۲/۳۱, 2025-05-21

تاریخ پایان بیمارگیری تحقق یافته

۱۴۰۴/۰۲/۳۱, 2025-05-21

تاریخ خاتمه کارآزمایی

۱۴۰۴/۰۲/۳۱, 2025-05-21

عنوان علمی کارآزمایی

عنوان عمومی کارآزمایی

هدف اصلی مطالعه

آموزشی/مشاوره‌ای

شرایط عمده ورود و عدم ورود به مطالعه

سن

از سن 18 ساله تا سن 40 ساله

جنسیت

هر دو

فاز مطالعه

مصادق ندارد

گروه‌های کور شده در مطالعه

• شرکت کننده

حجم نمونه کل

حجم نمونه پیش‌بینی شده: 34

حجم نمونه تحقق یافته: 34

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

موارد دیگر

سایر مشخصات طراحی مطالعه

کد ثبت در سایر مراکز ثبت بین‌المللی

خالی

تاییدیه کمیته‌های اخلاق

1

کمیته اخلاق

نام مرکز بیمار گیری  
نام کامل فرد مسوول  
آدرس خیابان  
شهر  
کد پستی  
092  
تلفن  
8869861 41 92+  
ایمیل  
ms.mth@mth.org.pk  
آدرس صفحه وب  
/https://mth.org.pk

نام کمیته اخلاق  
آدرس خیابان  
شهر  
کد پستی  
14496-14535  
تاریخ تایید  
۱۴۰۴/۰۲/۳۰, 2025-05-20  
کد کمیته اخلاق  
TUF\Addl Reg\SB\358

## بیماری‌های (موضوعات) مورد مطالعه

### حمایت کنندگان / منابع مالی

#### 1

حمایت کننده مالی  
نام سازمان / نهاد  
نام کامل فرد مسوول  
آدرس خیابان  
شهر  
کد پستی  
38000  
تلفن  
87509715 41 92+  
فکس  
87509715 41 92+  
ایمیل  
saira53saira@gmail.com  
آدرس صفحه وب  
/https://www.tuf.edu.pk

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  
100  
بخش عمومی یا خصوصی  
خصوصی  
مبدا اعتبار از داخل یا خارج کشور  
خارجی  
طبقه بندی منابع اعتبار خارجی  
حمایت کننده مالی: طبقه بندی منابع اعتباری خارجی: کشور دیگر  
کشور مبدا  
PK  
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

#### 1

شرح  
کد ICD-10  
توصیف کد ICD-10

### متغیر پیامد اولیه

#### 1

شرح متغیر پیامد  
مقاطع زمانی اندازه‌گیری  
نحوه اندازه‌گیری متغیر

#### 2

شرح متغیر پیامد  
مقاطع زمانی اندازه‌گیری  
نحوه اندازه‌گیری متغیر

### متغیر پیامد ثانویه

#### 1

شرح متغیر پیامد  
مقاطع زمانی اندازه‌گیری  
نحوه اندازه‌گیری متغیر

### گروه‌های مداخله

#### 1

شرح مداخله  
گروه مداخله:  
طبقه بندی  
درمانی - غیره

#### 2

شرح مداخله  
گروه مداخله:  
طبقه بندی  
درمانی - غیره

### مراکز بیمار گیری

#### 1

مرکز بیمار گیری

فوق لیسانس  
سایر حوزه‌های کاری/تخصص‌ها  
فیزیوتراپی  
آدرس خیابان  
شهر  
استان  
کد پستی  
38000  
تلفن  
8750970 41 92+  
فکس  
8750970 41 92+  
ایمیل  
saira53saira@gmail.com  
آدرس صفحه وب  
https://www.tuf.edu.pk

### برنامه انتشار

**فایل داده شرکت کنندگان (IPD)**  
خیر - برنامه‌ای برای انتشار آن وجود ندارد  
**توجیه/علت عدم تصمیم/عدم انتشار IPD**  
**پروتکل مطالعه**  
بله - برنامه‌ای برای انتشار آن وجود دارد  
**نقشه آنالیز آماری**  
بله - برنامه‌ای برای انتشار آن وجود دارد  
**فرم رضایتنامه آگاهانه**  
خیر - برنامه‌ای برای انتشار آن وجود ندارد  
**گزارش مطالعه بالینی**  
مصادق ندارد  
**کدهای استفاده شده در آنالیز**  
خیر - برنامه‌ای برای انتشار آن وجود ندارد  
**نظام دسته‌بندی داده (دیکشنری داده)**  
مصادق 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

استان  
کد پستی  
38000  
تلفن  
8750970 41 92+  
فکس  
8750970 41 92+  
ایمیل  
clinical.trainer@tuf.edu.pk  
آدرس صفحه وب  
/https://www.tuf.edu.pk

### فرد مسوول پاسخگویی علمی مطالعه

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  
8827322 309 92+  
ایمیل  
clinical.trainer@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