

پروتکل کارآزمایی بالینی مرکز ثبت کارآزمایی بالینی ایران

۱۴۰۵/۰۶/۲۰

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

MIB trial

اطلاعات ثبت در مرکز

شماره ثبت کارآزمایی در مرکز: IRCT20231202060236N1

تاریخ تایید ثبت در مرکز: ۱۴۰۵/۰۵/۱۴, 05-08-2026

زمان‌بندی ثبت: retrospective

آخرین بروز رسانی: ۱۴۰۵/۰۵/۱۴, 05-08-2026

تعداد بروز رسانی‌ها: 0

تاریخ تایید ثبت در مرکز

۱۴۰۵/۰۵/۱۴, 2026-08-05

اطلاعات تماس ثبت کننده

نام

نام سازمان / نهاد

کشور

پاکستان

تلفن

6032001 345 92+

آدرس ایمیل

kaukabsharjeel@gmail.com

وضعیت بیمار گیری

بیمار گیری تمام شده

منبع مالی

تاریخ شروع بیمار گیری مورد انتظار

۱۴۰۳/۱۲/۱۱, 2025-03-01

تاریخ پایان بیمار گیری مورد انتظار

۱۴۰۴/۱۱/۱۲, 2026-02-01

تاریخ شروع بیمارگیری تحقق یافته

۱۴۰۳/۱۲/۱۱, 2025-03-01

تاریخ پایان بیمارگیری تحقق یافته

۱۴۰۴/۱۱/۱۲, 2026-02-01

تاریخ خاتمه کارآزمایی

۱۴۰۴/۱۱/۱۳, 2026-02-02

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

مونث

فاز مطالعه

3

گروه‌های کور شده در مطالعه

• ارزیابی کننده پیامد

• آنالیز کننده داده

حجم نمونه کل

حجم نمونه پیش‌بینی شده: 133

بیش از یک نمونه در هر نفر شرکت کننده

تعداد نمونه در هر نفر شرکت کننده: 98

حجم نمونه تحقق یافته: 210

بیش از یک نمونه در هر نفر شرکت کننده

تعداد نمونه در هر نفر شرکت کننده: 98

تصادفی سازی (نظر محقق)

اختصاص غیر تصادفی به گروه‌های مداخله و کنترل

توصیف نحوه تصادفی سازی

کور سازی (به نظر محقق)

یک سوبه 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
نام کمیته اخلاق
آدرس خیابان
شهر
کد پستی
44000
تاریخ تایید
2025-01-01, ۱۴۰۳/۱۰/۱۲
کد کمیته اخلاق
IERB/PN/1621

بیماری‌های (موضوعات) مورد مطالعه

1

شرح
کد ICD-10
mother, in
توصیف کد ICD-10
ICD-10

2

شرح
کد ICD-10
mother, in
توصیف کد ICD-10
mother infant bonding

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

گروه‌های مداخله

1

شرح مداخله
گروه مداخله:
طبقه بندی
درمانی - غیره

مراکز بیمار گیری

1

مرکز بیمار گیری
نام مرکز بیمار گیری
نام کامل فرد مسوول
آدرس خیابان
شهر
کد پستی
44000
تلفن
6032001 345 92+
فکس
9273664 51 92+
ایمیل
khalida83arain@gmail.com
آدرس صفحه وب
/https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0

حمایت کنندگان / منابع مالی

1

حمایت کننده مالی
نام سازمان / نهاد
نام کامل فرد مسوول
آدرس خیابان
شهر
کد پستی
44000
تلفن
3288130 334 92+
فکس
9273664 51 92+
ایمیل
khlaida83arain@gmail.com
آدرس صفحه وب
/https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0

ردیف بودجه
کد بودجه
01
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
مبدأ اعتبار از داخل یا خارج کشور
داخلی
طبقه بندی منابع اعتبار خارجی
خالی
کشور مبدأ
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

فرد مسوول به روز رسانی اطلاعات

اطلاعات تماس

نام سازمان / نهاد
نام کامل فرد مسوول
موقعیت شغلی
آخرین مدرک تحصیلی
متخصص

سایر حوزه های کاری/تخصص ها

زنان و زایمان
آدرس خیابان
شهر
استان
کد پستی
44000

تلفن

20062799 51 92+

فکس

9273664 51 92+

ایمیل

khlaida83arain@gmail.com

آدرس صفحه وب

/https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0

برنامه انتشار

فایل داده شرکت کنندگان (IPD)

هنوز تصمیم نگرفته ام - برنامه انتشار آن هنوز مشخص نیست

پروتکل مطالعه

هنوز تصمیم نگرفته ام - برنامه انتشار آن هنوز مشخص نیست

نقشه آنالیز آماری

هنوز تصمیم نگرفته ام - برنامه انتشار آن هنوز مشخص نیست

فرم رضایتنامه آگاهانه

هنوز تصمیم نگرفته ام - برنامه انتشار آن هنوز مشخص نیست

گزارش مطالعه بالینی

هنوز تصمیم نگرفته ام - برنامه انتشار آن هنوز مشخص نیست

کدهای استفاده شده در آنالیز

هنوز تصمیم نگرفته ام - برنامه انتشار آن هنوز مشخص نیست

نظام دسته بندی داده (دیکشنری داده)

مصادق ندارد

متخصص

سایر حوزه های کاری/تخصص ها

زنان و زایمان

آدرس خیابان

شهر

استان

کد پستی

44000

تلفن

3288130 334 92+

فکس

9273664 51 92+

ایمیل

khlaida83arain@gmail.com

آدرس صفحه وب

/https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0

فرد مسوول پاسخگویی علمی مطالعه

اطلاعات تماس

نام سازمان / نهاد

نام کامل فرد مسوول

موقعیت شغلی

آخرین مدرک تحصیلی

متخصص

سایر حوزه های کاری/تخصص ها

زنان و زایمان

آدرس خیابان

شهر

استان

کد پستی

44000

تلفن

3288130 334 92+

فکس

9273664 51 92+

ایمیل

khlaida83arain@gmail.com

آدرس صفحه وب

/https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0