

**Register für schwere Immunzytopenien –****Verlauf, Diagnostik und Therapie**

Koordinierende Registerleitung:
Prof. Dr. Markus G. SEIDEL
Pädiatrische Hämatologie-Onkologie
Medizinische Universität Graz
Auenbruggerplatz 38 | A-8036 Graz

Name des Patienten _____ Geburtsdatum _____

Behandelnde Klinik _____

Gesprächsführende/r Ärztin/Arzt (Name, Vorname)

Ort, Datum

Information und Einwilligung zur Teilnahme am Register SIC-Reg.org

Sehr geehrte/r Frau/Herr _____!

Bei Ihnen wurde ein Mangel an Blutkörperchen festgestellt, der offenbar durch eine Störung des Immunsystems und den Abbau von Blutplättchen, roten oder weißen Blutkörperchen, einer oder mehreren dieser drei Zellreihen des Blutes, verursacht wird. Ein Mangel an Blutplättchen (Thrombozyten) kann zu gefährlichen Blutungen und Wundheilungsstörungen führen. Ein Mangel an roten Blutkörperchen (Erythrozyten) wird Anämie genannt und verursacht Müdigkeit, Abgeschlagenheit, Blässe, Kurzatmigkeit, und kann unbehandelt lebensbedrohlich sein. Das Fehlen von weißen Blutkörperchen, die für das Abwehrsystem z.B. gegen Viren und Bakterien gebraucht werden, kann zu gefährlichen Infektionen führen. Bei einer immunologisch bedingten Armut einer oder mehrerer dieser Blutzellreihen, einer Immunzytopenie, treten entsprechende Mangelsymptome auf. Die Ursachen des fehlgesteuerten Immunsystems, das nun gegen eigene Körperzellen in Form einer Autoimmunkrankheit vorgeht, sind zumeist noch nicht eindeutig erklärbar. Daher besteht die Behandlung heutzutage aus einer mehr oder weniger intensiven Hemmung des Immunsystems, was wiederum Nebenwirkungen wie z.B. eine Abwehrschwäche zu Folge haben kann. Immunzytopenien sind sehr seltene Erkrankungen.

Das Ziel der Register- und Beobachtungsstudie SIC-Reg.org ist erstens, durch Beobachtung des Krankheitsverlaufs mit Dokumentation der Symptome und vieler Laborwerte, die standardmäßig bei Diagnose und im späteren Verlauf zu Zeitpunkten erhoben werden, an denen Sie ohnedies einen Arzt- oder Spitalstermin haben, in vielen Zentren in Österreich und Europa Daten möglichst vieler PatientInnen mit dieser seltenen Erkrankung zu sammeln. Dadurch werden die betreuenden Ärztinnen und Ärzte besser vernetzt und das Management der Patienten möglicherweise verbessert. Zweitens werden zusätzliche Laboranalysen aus

einem extra Blutröhrchen und einer Stuhlprobe durchgeführt, die in Form einer Begleitforschung im Rahmen dieser Beobachtungsstudie helfen soll, neue diagnostische oder prognostische Parameter zu identifizieren, die vielleicht nach Abschluss und Auswertung der Studie zu einer gezielteren Behandlung zukünftiger Patientinnen und Patienten führen könnten. Dafür sind weder zusätzliche Arzt- oder Spitalstermine, noch zusätzliche Blutabnahmen erforderlich. Es wird lediglich im Fall einer medizinisch notwendigen Blutuntersuchung 1-2 zusätzliche Röhrchen (15ml, ca. 3 Teelöffel) Blut abgenommen und eine Stuhlprobe untersucht, was beides keine gesundheitliche Belastung darstellt. Diese Untersuchungszeitpunkte sind im ersten Jahr der Krankheit zweimal, und danach einmal jährlich, solange Sie medizinisch wegen der Immunzytopenie weiterbetreut werden, bis maximal 4 Jahre nach Erstdiagnose. Die Behandlung Ihrer Krankheit erfolgt unabhängig von SIC-Reg.org nach aktuellsten internationalen Empfehlungen.

Beobachtungsstudien wie SIC-Reg.org sind Studien, bei denen in der Regel nur Daten aufgezeichnet und ausgewertet werden, die im Rahmen der normalen Patientenversorgung anfallen. In manchen Fällen wie bei SIC-Reg.org kann es auch sein, dass zusätzliche, nicht belastende Untersuchungen oder Befragungen vorgenommen werden. In keinem Fall wird die vorhergesehene Behandlung durch Ihre Studienteilnahme verändert. Beobachtungsstudien sind notwendig, um zusätzliche Erkenntnisse über bewährte medizinische Verfahren zu gewinnen. Die Teilnahme am Register ist freiwillig; ein Rücktritt ist jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteile für die weitere medizinische Betreuung möglich. Zu dieser Beobachtungsstudie, sowie zur Patienteninformation und Einwilligungserklärung wurde von der zuständigen Ethikkommission eine befürwortende Stellungnahme abgegeben.

1. Was ist der Zweck dieser Studie?

Der Zweck dieser Beobachtungsstudie ist die Verbesserung der Diagnostik von Autoimmunzytopenien und die Dokumentation der zugrundeliegenden Krankheiten von Autoimmunzytopenien und der zur Behandlung verwendeten Medikamente und ihrer Wirkungen.

2. Wie läuft die Beobachtungsstudie ab?

Diese Studie wird an mehreren österreichischen Zentren durchgeführt, wo Patienten mit schweren Autoimmunzytopenien betreut werden.

Folgende Maßnahmen werden ausschließlich aus Studiengründen durchgeführt: Es werden im ersten Krankheitsjahr zwei, in den folgenden Jahren der Krankheit oder Nachbeobachtung bis maximal 4 Jahre nach Diagnose zu Routinezeitpunkten, also ohne zusätzlichen Spitals- oder Arzttermin im Rahmen einer medizinisch notwendigen Blutabnahme 1-2 zusätzliche Röhrchen Blut (15ml, ca. 3 Teelöffel) für Spezialanalysen des Immunsystems sowie eine Stuhlprobe ins Labor geschickt (d.h. maximal 6x pro Patient). Es wird in keinem Fall eine zusätzliche Venenpunktion zum reinen Zweck einer studienbezogenen Blutuntersuchung durchgeführt. Es werden keine zusätzlichen Maßnahmen durchgeführt, sondern lediglich Daten aufgezeichnet und ausgewertet, die im Rahmen Ihrer medizinischen Versorgung anfallen.

3. Worin liegt der Nutzen einer Teilnahme an der Beobachtungsstudie?

Es ist nicht zu erwarten, dass Sie durch die Teilnahme an dieser Studie gesundheitlichen Nutzen ziehen werden, aber möglicherweise werden künftige Patienten mit der gleichen Erkrankung von den Ergebnissen profitieren.

4. Wird mir eine Entschädigung, finanziell oder in anderer Form, entrichtet?

Nein, es ist keine Art der Entschädigung für die Studienteilnahme vorgesehen.

5. Gibt es Risiken, Beschwerden und Begleiterscheinungen der Studienteilnahme?

Die für Studienzwecke im Rahmen einer Routine-Blutabnahme zusätzlich entnommene Blutmenge von 15ml stellt kein gesundheitliches Risiko dar. Das Auftreten möglicher Komplikationen einer Blutentnahme (z.B. Schmerzen oder Bluterguss an der Einstichstelle) wird durch 1-2 zusätzliche Röhrgläser nicht begünstigt. Das Abgeben oder Einsenden einer Stuhlprobe birgt keine gesundheitliche Belastung. Es erfolgen keine Arzneimittelverabreichungen zu Studienzwecken im Rahmen dieser Register-Beobachtungsstudie.

6. Datenschutz

Bei den Daten, die über Sie im Rahmen dieses Registers erhoben und verarbeitet werden, ist grundsätzlich zu unterscheiden zwischen

- 1) jenen personenbezogenen Daten, anhand derer Sie direkt identifizierbar sind (z.B. Name, Geburtsdatum, Adresse, Bildaufnahmen...),
- 2) pseudonymisierten (verschlüsselten) personenbezogenen Daten, bei denen alle Informationen, die direkte Rückschlüsse auf Ihre Identität zulassen, durch einen Code (z. B. eine Zahl) ersetzt bzw. (z.B. im Fall von Bildaufnahmen) unkenntlich gemacht werden. Dies bewirkt, dass die Daten ohne Hinzuziehung zusätzlicher Informationen und ohne unverhältnismäßig großen Aufwand nicht mehr Ihrer Person zugeordnet werden können und
- 3) anonymisierten Daten, bei denen eine Rückführung auf Ihre Person nicht mehr möglich ist.

Der Code zur Verschlüsselung wird von den verschlüsselten Datensätzen streng getrennt und nur an Ihrem Prüfzentrum aufbewahrt.

Zugang zu Ihren nicht verschlüsselten Daten haben der Prüfarzt und andere Mitarbeiter des Prüfzentrums, die am Register oder Ihrer medizinischen Versorgung mitwirken. Die Daten sind gegen unbefugten Zugriff geschützt. Zusätzlich können autorisierte und zur Verschwiegenheit verpflichtete Beauftragte des Sponsors (Medizinische Universität Graz) sowie Beauftragte von in- und/ oder ausländischen Gesundheitsbehörden und jeweils zuständige Ethikkommissionen in die nicht verschlüsselten Daten Einsicht nehmen, soweit dies für die Überprüfung der ordnungsgemäßen Durchführung des Registers notwendig ist.

Eine Weitergabe der Daten, insbesondere an den Sponsor (im Fall der vorliegenden Studie die Medizinische Universität Graz) und seine Vertragspartner, erfolgt nur in

verschlüsselter oder anonymisierter Form. Auch für etwaige Publikationen werden nur die verschlüsselten oder anonymisierten Daten verwendet.

Sämtliche Personen, die Zugang zu Ihren verschlüsselten und nicht verschlüsselten Daten erhalten, unterliegen im Umgang mit den Daten der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sowie den österreichischen Anpassungsvorschriften in der jeweils gültigen Fassung.

Im Rahmen dieses Registers ist keine Weitergabe von Daten in Länder außerhalb der EU vorgesehen.

Sie können Ihre Einwilligung zur Erhebung und Verarbeitung Ihrer Daten jederzeit widerrufen. Nach Ihrem Widerruf werden keine weiteren Daten mehr über Sie erhoben. Die bis zum Widerruf erhobenen Daten können allerdings weiter im Rahmen dieses Registers verwendet werden.

Aufgrund der gesetzlichen Vorgaben haben Sie außerdem, sofern dies nicht die Durchführung des Registers voraussichtlich unmöglich macht oder ernsthaft beeinträchtigt, das Recht auf Einsicht in die Ihre Person betreffenden Daten und die Möglichkeit der Berichtigung, falls Sie Fehler feststellen.

Sie haben auch das Recht, bei der österreichischen Datenschutzbehörde eine Beschwerde über den Umgang mit Ihren Daten einzubringen (www.dsb.gv.at).

Das gemäß DSGVO vorgesehene Recht auf Löschung Ihrer im Rahmen dieser klinischen Prüfung verarbeiteten Daten steht Ihnen aufgrund von Regelungen des 2. Materien-Datenschutz-Anpassungsgesetzes 2018 nicht zu.

Die voraussichtliche Dauer der klinischen Prüfung ist 5 Jahre. Die Dauer der Speicherung Ihrer Daten über das Ende des Registers hinaus ist durch Rechtsvorschriften geregelt.

Falls Sie Fragen zum Umgang mit Ihren Daten im Rahmen dieses Registers haben, wenden Sie sich zunächst an Ihren Prüfarzt. Dieser kann Ihr Anliegen ggf. an die Personen, die beim Sponsor oder am Prüfzentrum für den Datenschutz verantwortlich sind, weiterleiten.

Datenschutzbeauftragte/r der MedUni Graz: datenschutz@medunigraz.at

Datenschutzverantwortliche/r der KAGes: datenschutz@kages.at

7. Möglichkeit zur Diskussion weiterer Fragen

Für weitere Fragen im Zusammenhang mit dieser Studie stehen Ihnen Ihr Studienarzt und seine Mitarbeiter gern zur Verfügung.

Name der Kontaktperson:

Ständig erreichbar unter:

8. Einwilligung zur Übermittlung, Speicherung und wissenschaftlichen Auswertung personenbezogener Daten

Herr/Frau _____ (Name der aufklärenden Person) hat mit mir über das Register „SIC-Reg.org Severe Immune Cytopenia Registry“ ein ausführliches Aufklärungsgespräch geführt. Ich hatte die Möglichkeit, alle mir wichtigen Fragen vorzubringen und diese wurden zu meiner Zufriedenheit umfassend beantwortet. Die schriftliche Information für Patienten habe ich erhalten, gelesen und verstanden. Ein Exemplar des Informationsblattes und eine Kopie der Einwilligung ist mir zum Verbleib ausgehändigt worden. **Die Einwilligung in die Teilnahme am Register SIC-Reg.org erfolgt auf freiwilliger Basis und wird die Behandlung meiner Erkrankung nicht beeinflussen.** Ich hatte genügend Zeit, um meine Entscheidung zur Teilnahme zu überdenken und frei zu treffen. Die Ablehnung der Teilnahme oder ein vorzeitiges Ausscheiden aus dieser Studie ist jederzeit möglich und hat keine nachteiligen Folgen für die medizinische Betreuung.

Ich erteile hiermit mein Einverständnis zur Übermittlung, zentralen Speicherung und wissenschaftlichen Auswertung meiner Daten. Prinzipiell werden diese Daten am Prüfzentrum pseudonymisiert, das heißt mit einer nicht allgemein auf die Person rückführbaren Identifikationsnummer gespeichert, wobei nur die mich unmittelbar betreuenden ÄrztInnen aus medizinischen Gründen dieses Pseudonym entschlüsseln kann. Ich bin jedoch für den Fall einer mich betreffenden krankheitsbezogenen Fragestellung auch damit einverstanden, dass Mitarbeiter des Registers SIC-Reg.org Einblick in die Original-Krankenunterlagen nehmen und Befundkopien in dem Register SIC-Reg.org archiviert werden dürfen. Ich stimme zu, dass Daten, die mich betreffen (hierzu gehören insbesondere auch Krankheitsdaten aus Krankenunterlagen) unter der Verantwortung der in der Information genannten Institutionen pseudonymisiert in einer elektronischen Datenbank gespeichert, mit am Register beteiligten Kooperationspartnern ausgetauscht und für die Veröffentlichungen der Ergebnisse verwendet werden dürfen. Dabei wird seitens des Registers SIC-Reg.org sichergestellt, dass bei Publikationen die Daten nicht auf mich zurück verfolgbar sind. Die elektronische Verarbeitung der Daten (Speicherung, Übermittlung, Veränderung, Löschung) erfolgt unter Beachtung der gesetzlichen Regelungen zum Datenschutz. Alle Personen, die Einblick in die gespeicherten Daten haben, sind zur Verschwiegenheit und zur Wahrung des Datengeheimnisses verpflichtet.

Mit dem oben beschriebenen Vorgehen bin ich einverstanden. Ja Nein

Widerruf der Zustimmung zur Datenverwendung

Ich weiß, dass ich meine Zustimmung zur Verwendung meiner Daten ohne Angabe von Gründen widerrufen werden kann und dass dies keinen Einfluss auf die etwaige weitere ärztliche Behandlung hat.

Ja Nein

Zustimmung zu zusätzlichen Laboranalysen und Probenaufbewahrung

Ich stimme den Laboranalysen zu.

Für den Fall, dass ich aus dem Register ausscheide, stimme ich zu, dass meine Proben wie in dieser Information beschrieben weiterhin aufbewahrt und analysiert werden:

Ja Nein

Ansprechpersonen und Registerkoordination

Das Register wird von Univ.-Prof. Dr. Markus SEIDEL koordiniert, sein Stellvertreter ist Univ.-Prof. Dr. Martin Benesch (beide: Päd. Hämatologie-Onkologie, Medizinische Universität Graz; Tel. +43 316 385 13485; Fax +43 316 385 13717; Freeset Dr. Seidel: - 80215; Email: markus.seidel@medunigraz.at). Der/die lokale Ansprechpartner/-in an meinem/unserem Krankenhaus ist Frau/Herr Dr._____. Erreichbarkeit:_____.

Ich erkläre mich mit der Teilnahme an dem Register SIC-Reg.org einverstanden und werde eine Kopie dieser Erklärung erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten / der Patientin

Bestätigung der aufklärenden Person

Ich habe das Register SIC-Reg.org inklusive der Patienteninformation und deren Einwilligungserklärung mit dem/der Patienten/in besprochen. Alle Fragen wurden umfassend beantwortet. Ich habe dem/der Teilnehmer/in erklärt, dass die Teilnahme freiwillig ist.

Ort, Datum

Unterschrift der/des gesprächsführenden Ärztin/Arztes