

---

## Wirksamkeit und Sicherheit eines Blutverdünners (Clexane®) zur Vermeidung von Blutgerinnseln bei ambulanten Patienten mit Coronavirus-Infektion

**Organisation:** Prof. Dr. med. Nils Kucher, Klinik für Angiologie, Universitätsspital Zürich

### Personen mit Coronavirus-Infektion (COVID-19) für wissenschaftliche Studie gesucht

Für eine wissenschaftliche Studie suchen wir Frauen und Männer ab 50 Jahren, die positiv auf das Coronavirus getestet und mit milden Symptomen in die Heimquarantäne entlassen worden sind. Zudem müssen die Teilnehmenden eine normale Nierenfunktion und Blutgerinnung haben und bereit sein, ein Blutverdünnungsmittel (Clexane®) mit einer Fertigspritze selber unter die Haut zu spritzen oder von einem Angehörigen spritzen zu lassen. Die Studie findet an mehreren Spitälern und Kliniken in der Schweiz statt.

**Ziel der Studie:** Wir vermuten, dass sich bei Covid-19-Patienten vermehrt Blutgerinnsel (Thrombosen) bilden, was zu Komplikationen im Krankheitsverlauf führen kann. Wir möchten daher prüfen, ob das Blutverdünnungsmittel Clexane® bei leicht verlaufenden Coronavirus-Infektionen Thrombosen sicher und wirksam verhüten kann.

**Ablauf und Dauer der Studie:** Nach telefonischen Vorabklärungen erfolgt ein Besuch am Studienzentrum, zu dem Sie im Privatfahrzeug anreisen müssen. Nach Ihrer schriftlichen Einwilligung, wird eine Blutuntersuchung durchgeführt um festzustellen, ob Sie für eine Studienteilnahme geeignet sind. Die Zuteilung zu einer der beiden Studiengruppen erfolgt zufällig. Eine Hälfte der Teilnehmenden wird nach vorheriger Anleitung täglich während 14 Tagen Clexane® unter die Haut spritzen. Die andere Hälfte erhält die übliche Behandlung ohne Thromboseprophylaxe. Alle teilnehmenden Personen werden regelmässig telefonisch kontaktiert und nach dem Befinden befragt, zu Beginn häufiger (Tag 3, 7 und 14), danach an den Tagen 30 und 90.

**Kosten:** Es entstehen Ihnen oder Ihrer Krankenkasse keine Kosten durch die Teilnahme.

Alle Daten werden **vertraulich** behandelt. Für die teilnehmenden Personen ergibt sich möglicherweise **kein medizinischer Nutzen**, jedoch für Personen, die in Zukunft am Coronavirus erkranken.

**Teilnahme:** Wenn Sie an einer Teilnahme interessiert sind und die oben genannten Kriterien erfüllen, gibt es zwei Möglichkeiten. Entweder nehmen Sie bei einem positiv vorliegenden Ergebnis **sofort** selber Kontakt auf mit der dreisprachigen **Hotline 043 253 03 03, Mo-Fr 8-18 Uhr** oder Sie lassen Ihr Testergebnis an die Hotline übermitteln, die sich im Anschluss bei Ihnen melden wird (*siehe nächste Seite*)

Die Mitarbeitenden der Hotline werden Ihnen Fragen zu Ihren Vorerkrankungen stellen und Sie einem Studienzentrum in Ihrer Nähe zuweisen, wenn eine Teilnahme für Sie in Frage kommt.

Bitte nehmen Sie zur Kenntnis, dass Ihre **Daten** bei einem telefonischen Kontakt mit der Hotline **registriert** werden. Sollte eine Studienteilnahme nicht zustande kommen, werden Ihre Daten unverzüglich gelöscht.

*Bitte Rückseite beachten*

---

**Sind Sie an einer Teilnahme interessiert?**

○ Wenden Sie sich an unsere **Hotline 043 253 03 03**, die von Montag bis Freitag, jeweils von 8-18 Uhr Ihre Anrufe in Deutsch, Französisch oder Italienisch entgegennimmt. Melden Sie sich bitte **sofort**, nachdem Sie vom positiven Testergebnis in Kenntnis gesetzt worden sind (*das untenstehende Formular muss nicht ausgefüllt werden*).

**oder**

○ Lassen Sie Ihr Testergebnis durch Ihren Arzt/ Ihre Ärztin an die Hotline übermitteln, die sich im Anschluss bei Ihnen melden wird. Hierzu müssen Sie folgende Angaben ausfüllen und mit Ihrer Unterschrift bestätigen. Das Formular geben Sie bitte in Ihrer Arztpraxis oder behandelnden Klinik ab (eine Kopie bleibt am Zentrum, das Original erhalten Sie zurück).

Name: .....

Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Telefon: .....

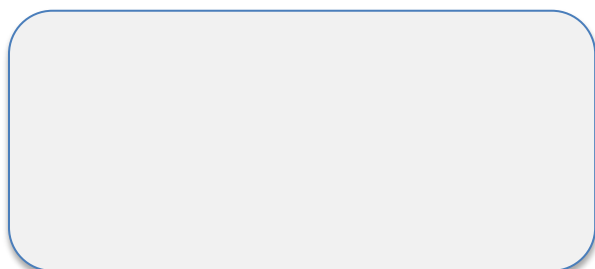
Adresse: .....

Falls zutreffend:

Ich bin damit einverstanden, dass meine Kontaktdaten im Falle eines positiven Testergebnisses (Nachweis einer Covid-19-Erkrankung) schriftlich oder telefonisch an die Hotline am Universitätsspital Zürich (ovidstudie@usz.ch) übermittelt werden

Ort, Datum: .....

Unterschrift: .....



Stempel Arztpraxis/Klinik