

Erityistä seuranta edellyttävä tapahtuma – Laskimonsisäiseen Treposaan liittyvä verenkierron infektiio

Potilaan nimikirjaimet: _____	Syntymäaika (PP/KK/VVVV): _____	Ikä: _____	Tapahtuman alkamispäivä (PP/KK/VVVV): _____
Laskimonsisäisen Treposahoidon kesto: _____	Hoitava lääkäri: _____	Tutkimuskeskus: _____	
<u>Raportin tyyppi</u> (valitse soveltuvat kohdat) Ensiraportti <input type="checkbox"/> Jatkoraportti <input type="checkbox"/> Päiväys: _____		<u>Tapahtuman lopputulos</u> (valitse soveltuvat kohdat) Jatkuva tapahtuma <input type="checkbox"/> Tapahtuma päätynyt <input type="checkbox"/> Päiväys: _____ Kuolema <input type="checkbox"/>	
<p style="text-align: center;">KYLLÄ EI EN TIEDÄ</p> <p>Tehtiinkö veriviljely? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Jos <KYLLÄ>, näytteen päiväys (PP/KK/VVVV); tunnistetut organismit; lääkeherkkyys: _____ _____ _____</p> <p>Keskuslaskimokatetrin tyyppi ja liittimien lukumäärä: _____</p> <p style="text-align: center;">KYLLÄ EI EN TIEDÄ</p> <p>Onko potilas käyttänyt umpikantaista katetria? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Jos <KYLLÄ>, ilmoita tyyppi: _____</p> <p style="text-align: center;">KYLLÄ EI EN TIEDÄ</p> <p>Onko potilas käyttänyt integroitua 0,2 mikronin suodatinta? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">KYLLÄ EI EN TIEDÄ</p> <p>Poistettiinkö keskuslaskimokatetri? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">KYLLÄ EI</p> <p>Jos <KYLLÄ>, lähetettiinkö katetrin pää mikrobiviljelyyn? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">KYLLÄ EI</p> <p>Jos <KYLLÄ>, tunnistettiinkö taudinaiheuttajia? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Jos <KYLLÄ>, ilmoita tunnistetut organismit ja lääkeherkkyys: _____ _____</p>			

Onko potilaalle kehittynyt sepsis?

KYLLÄ EI

Oliko potilaalla verenkiertoinfektion riskiä lisääviä tekijöitä?

KYLLÄ EI EN TIEDÄ

Jos <KYLLÄ>, kerro tarkemmin: _____

Jatkoiko potilas laskimonsisäistä Treposa-hoitoa?

KYLLÄ EI EN TIEDÄ

Jos <KYLLÄ>, millä toimilla pyrittiin minimoimaan riski infektion uusiutumisesta?

Kuvaile tapahtumaa:

Laskimonsisäistä Treposaa saavan potilaan kyselykaavake

Täyttäkää tämä lomake jokaisesta ilmoitetusta verenkierron infektiosta yhdessä potilaan kanssa:

Kyselylomake täytetty (PP/KK/VVVV):

Sen jälkeen kun olit saanut ohjeistuksen, koitko olosi itsevarmaksi antaessasi infuusihoitoa?

Kyllä En

Kuinka pitkään lääkkeen valmistelu sinulta kestää?

alle 15 min 15–30 min 31–45 min 46–60 min yli 1 tunnin

Pesetkö kätesi antiseptisellä saippualla, ennen kuin valmistelet lääkkeen?

En koskaan Joskus Usein Aina

Käytätkö kylvyssä/suihkussa vedenpitävää sidosta pitääksesi katetrin ja infuusioletkun välissä olevan liitoskohdan kuivana?

En koskaan Joskus Usein Aina

Tiedätkö, mitä pitää tehdä, jos katetrin liitoskohta kastuu?

Kyllä En

Minkä tyyppistä sidosta käytät katetrin sisäänmenokohdassa?

Steriili sidos Läpinäkyvä haavasidos

Kuinka usein vaihdat katetrin sisäänmenokohdassa olevan sidoksen?

Kahden päivän välein Viikoittain Kahden viikon välein tai harvemmin

Minkä tyyppistä keskuslaskimokatetria käytät?

Hickman Broviac Groshong Muu (tarkenna) _____

Onko infuusioletkussasi jo valmiiksi suodatin?

Kyllä Ei

Jos vastasit <Ei>, kiinnitätö erillisen suodattimen, kun asetat uuden katetrin?

En koskaan Joskus Usein Aina

Käytätkö umpikantaista katetria, jossa on jaettu väliseinä, liittääksesi infuusioletkun katetriin?

En koskaan Joskus Usein Aina

Kuinka usein vaihdat infuusioletkun?

24 tunnin välein 48 tunnin välein Muu aikaväli (tarkenna) _____

Kuinka usein vaihdat infuusiosäiliön (pussi tai ruisku)?

Mikä on lääkkeesi nykyinen infuusionopeus millilitroina tunnissa (ml/h)?

Lomakkeen täyttäjät (vain terveydenhuollon ammattilaiselle):

Nimi: _____
Päiväys: _____ / _____ / _____ Allekirjoitus: _____

Osoite: _____ Ammattinimike: _____

Postitoimipaikka: _____ Puh: _____

Maakunta: _____ Faksi: _____

Maa: _____ Sähköposti: _____

Pyydämme lähettämään lomakkeen osoitteeseen:
Amomed Pharma GmbH, Leopold-Ungar-Platz 2, 1190 Wien, Itävalta
Faksi: +43 1 503 7244 41, Sähköposti: drugsafety@aoporphan.com
Kiitos tuestanne.

Amomedin tapausnumero: