

## Frågeformulär för patienter som får intravenös behandling med treprostinil

Behandlande läkare: _____	Klinik: _____	
Frågeformuläret fylldes i den: _____	Längd för intravenös infusionsbehandling: _____	
Patientpreferens (enligt inmatning av grundinformation för i.v. patienter): _____	Patientens ålder: _____	Patientens kön: Man <input type="checkbox"/> Kvinna <input type="checkbox"/>
Blanketten fylldes i av: Patienten <input type="checkbox"/> Specialisten (tillsammans med patienten) <input type="checkbox"/>		

### Efter handledningen: Känner du dig säker på att administrera infusionsbehandlingen?

Ja  Nej

### Hur lång tid tar det dig att förbereda ditt läkemedel?

mindre än 15 min  15 – 30 min  31 – 45 min  46 – 60 min  mer än 1 timme

### Tvättar du händerna med antiseptisk tvål innan du förbereder ditt läkemedel?

Aldrig  Ibland  Ofta  Alltid

### Använder du vattentätt förband vid bad/dusch för att hålla anslutningen mellan kateter och infusions slang torr?

Aldrig  Ibland  Ofta  Alltid

### Vet du vad du ska göra om kateterns anslutning blir våt?

Ja  Nej

### Vilken typ av förband använder du vid kateterns insättningsställe?

Sterilt förband  Genomskinligt förband av plast

### Hur ofta byter du ut förbandet vid kateterns insättningsställe?

Varannan dag  Varje vecka  Varannan vecka eller mer sällan

**Vilken typ av centralvenös kateter använder du?**

Hickman  Broviac  Groshong  Annan (specificera)

\_\_\_\_\_

**Har din infusions slang redan ett filter?**

Ja  Nej

**Om du svarade <Nej>, sätter du in ett separat filter när du monterar en ny slang?**

Aldrig  Ibland  Ofta  Alltid

**Använder du ett system med kluven skiljevägg för att koppla infusions slangen till katetern?**

Aldrig  Ibland  Ofta  Alltid

**Hur ofta byter du ut din infusions slang?**

24 timmar  48 timmar  Annat (specificera)  \_\_\_\_\_

**Hur ofta byter du ut din infusionsbehållare (påse eller spruta)?**

\_\_\_\_\_

**Hur hög är flödes hastigheten för ditt läkemedel i milliliter per timme (ml/timme)?**

\_\_\_\_\_

**Vänligen returnera ifylld blankett till:**

**QPPV Dr. Juri Hodisch**  
Amomed Pharma GmbH  
Leopold-Ungar-Platz 2, 1190 Wien, Österrike  
**E-post: [drugsafety@aoporphan.com](mailto:drugsafety@aoporphan.com)**